



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE FISIOTERAPIA

JORDANA GERTRUDES DA SILVA FELTRIN

**DOR CRÔNICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS E
SUA RELAÇÃO COM A COGNIÇÃO, CAPACIDADE FUNCIONAL, DEPRESSÃO E
QUALIDADE DE VIDA.**

Araranguá

2016

JORDANA GERTRUDES DA SILVA FELTRIN

**DOR CRÔNICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS E
SUA RELAÇÃO COM A COGNIÇÃO, CAPACIDADE FUNCIONAL, DEPRESSÃO E
QUALIDADE DE VIDA.**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Dra. Poliana Penasso Bezerra

Araranguá

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Cristina e Edvânio, pelo apoio, dedicação e amor que eu tenho recebido por toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me guia em todos os instantes, que nas situações mais complicadas mostra que o impossível, para ser realizado, só precisa de um novo dia. Agradeço pelos obstáculos, pois foram cruciais para a construção de pontes.

Aos meus pais, irmã e namorado, por serem meus exemplos de força, amor, fé e superação, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À minha orientadora Prof.^a Doutora Poliana Penasso Bezerra, por todo conhecimento, incentivo e paciência, durante esses anos.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

Um obrigado especial a todos os idosos que participaram neste estudo.

“A idade não é um assunto particularmente importante. Afinal, qualquer um pode ficar idoso, basta viver tempo suficiente” (Groucho Marx).

EPÍGRAFE

“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas.
É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá.
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que pense estar...
(Caminhos do coração – Gonzaguinha)”.

DOR CRÔNICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A COGNIÇÃO, CAPACIDADE FUNCIONAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA.

Chronic pain in elderly institutionalized and non-institutionalized and its relation to cognition, functional capacity, depression and quality of life.

TÍTULO CURTO: DOR CRÔNICA NO IDOSO / Chronic pain in elderly

RESUMO

Com o aumento da população idosa e da expectativa de vida faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre como a dor afeta os idosos. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as características da dor crônica, cognição, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como analisar as relações entre esses desfechos comparando os idosos de acordo com o local de residência. Inicialmente foram avaliados 45 idosos, destes 15 atenderam aos critérios de inclusão (presença de dor crônica e não apresentar alteração cognitiva). Após seleção os idosos foram divididos em dois grupos: G1 (n=10): idosos não institucionalizados e G2 (n=5): idosos institucionalizados. Os idosos foram avaliados por meio de questionário que continha dados pessoais e características da dor crônica, escala numérica visual da dor, Mini-Exame do Estado Mental, questionário de incapacidade de Roland Morris, escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody, escala de Depressão Geriátrica e questionário de qualidade de vida SF-36. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva (média, desvio padrão e percentual) e diferença entre grupos por meio do teste *t* de *Student* ($p < 0,05$). Os resultados evidenciaram que a dor crônica foi mais prevalente na coluna lombar, com média intensidade da dor no G1 ($6,8 \pm 2,82$) e G2 ($4,2 \pm 2,17$). Quando os grupos foram comparados, o G2 apresentou pontuações menores na avaliação cognitiva (valor G2 vs. valor G1), menor desempenho de atividades diárias (valor G2 vs. valor G1) e maior incidência de sintomas de depressão (valor G2 vs. valor G1). Não houve diferença na qualidade de vida (valor G2 vs. valor G1, $p > 0,05$). Em conclusão, a percepção da intensidade da dor crônica foi menor em idosos institucionalizados, refletindo a pior condição cognitiva, menor desempenho funcional e maior incidência de sintomas depressivos.

Palavras-chave: idoso, dor crônica, atividades cotidianas, qualidade de vida, depressão.

ABSTRACT

With the increasing elderly population and life expectancy it is necessary to increase knowledge of how pain affects the elderly. Thus, the aim of this study was to analyze the characteristics of chronic pain, cognition, functional capacity, depressive symptoms and quality of life in institutionalized and non-institutionalized elderly and to examine the relationships between these outcomes comparing the elderly in accordance with local residence. Initially 45 elderly were evaluated, of these 15 met the inclusion criteria (presence of chronic pain and not present cognitive impairment). After selecting the elderly were divided into two groups: G1 (n = 10): non-institutionalized elderly and G2 (n = 5): institutionalized elderly. The elderly were evaluated through a questionnaire containing personal data and characteristics of chronic pain, visual analog pain scale, Mini Mental State Examination, disability questionnaire of Roland Morris, instrumental activities of daily living scale by Lawton and Brody, Geriatric Depression scale and quality of life questionnaire SF-36. Data analysis was used descriptive statistics (mean, standard deviation and percentage) and difference between groups through the Student t test ($p < 0.05$). The results showed that chronic pain was more prevalent in the lumbar spine, mean pain intensity in G1 (6.8 ± 2.82) and G2 (4.2 ± 2.17). When the groups were compared, the G2 showed lower scores on cognitive assessment (value G2 vs. value G1), lower performance of daily activities (value G2 vs. value G1) and higher incidence of symptoms of depression (value G2 vs. value G1). There was no difference in quality of life (value G2 vs. value G1, $p > 0.05$). In conclusion, the perception of chronic pain intensity was lower in institutionalized elderly, reflecting the worst cognitive condition, lower functional performance and higher incidence of depressive symptoms.

Keywords: elderly, chronic pain, activities of daily living, quality of life, depression.

INTRODUÇÃO

A população mundial vem passando por um acelerado e gradual processo de envelhecimento. Acompanhando essa tendência, no Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade. Segundo dados do último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o número de idosos (60 anos ou mais) representava 11,3% da população brasileira¹. Neste cenário destaca-se a importância da pesquisa sobre o envelhecimento e suas alterações.

Essa mudança na estrutura etária brasileira está diretamente relacionada à transição epidemiológica, pois, à medida que a população envelhece, maior é a prevalência de problemas crônicos de saúde. Entre as consequências que a transição demográfica e a longevidade trazem para a sociedade, a dor é uma das mais significativas; em muitos casos, a dor crônica é a principal queixa dos indivíduos, interferindo consideravelmente na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos².

Em um contexto temporal, a dor pode ser classificada como aguda ou crônica. A dor aguda está associada à lesão do organismo, é de curta duração e desaparece com a cicatrização da lesão. A dor crônica, por sua vez, é persistente ou recorrente e não está necessariamente associada a uma lesão no organismo. É considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial, que se configura em problema de saúde coletiva e exige abordagem multidisciplinar².

A prevalência de dor crônica em estudos envolvendo idosos é bastante diversificada, evidenciando resultados imprecisos². Estudos brasileiros sugerem que o aumento da dor crônica está associado principalmente com a idade avançada e demonstram a alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos residentes na comunidade^{2,3,4} e em idosos residentes em instituições de longa permanência^{5,6}.

A dor é considerada um sério problema de saúde pública, pois impede que a pessoa acometida realize suas funções adequadamente, o que pode acarretar em incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, ocorrência de depressão, baixa qualidade de vida e outros problemas que se agravam entre os idosos

^{2,3,4,5,6}. Assim, a dor necessita ser diagnosticada, mensurada, avaliada e devidamente tratada pelos profissionais de saúde, a fim de minimizar a morbidade e melhorar a qualidade de vida desta população⁷.

De acordo com as informações supracitadas, o presente estudo propôs-se analisar as características da dor crônica, cognição, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como analisar as relações entre esses desfechos comparando os idosos de acordo com o local de residência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal. A presente pesquisa foi realizada em dois locais, o Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade (CIART) e uma instituição de longa permanência na cidade de Araranguá, Santa Catarina. A população alvo do estudo foi composta por todos os idosos, de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, que participavam regularmente das atividades do CIART ou que eram residentes na instituição asilar já referida no período proposto para coleta de dados. Apenas os idosos que apresentavam dor crônica foram incluídos no estudo, sendo excluídos aqueles que não tivessem condições mentais identificadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para responder ao roteiro de entrevista, que não completaram todas as avaliações ou que não quisessem participar voluntariamente do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CAAE:41344814.8.0000.0115), estando

de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. Os idosos foram informados a respeito dos objetivos, riscos e procedimentos envolvidos na pesquisa e aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As avaliações foram realizadas em um único dia previamente agendado.

A população alvo foi composta por 45 idosos, destes 20 apresentaram capacidade cognitiva adequada e foram questionados sobre a presença de dor crônica. Após a seleção, 15 idosos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e foram divididos em dois grupos de estudo: Grupo 1 (G1, n = 10) - idosos não institucionalizados e Grupo 2 (G2, n = 5) - idosos institucionalizados.

Para coleta de dados, os idosos foram avaliados por meio de entrevista, com a escala numérica visual da dor, MEEM para avaliação cognitiva, questionário de incapacidade de Roland Morris e escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody para capacidade funcional, escala de Depressão Geriátrica e questionário de qualidade de vida SF-36 para sintomas depressivos e qualidade de vida, respectivamente.

A entrevista inicial foi realizada utilizando um questionário que continha dados pessoais e sociodemográficos, como sexo, idade, estado civil, ocupação pregressa e atual, problemas de saúde e sobre presença de dor crônica, tipo e local de dor, se a dor afeta a vida diária, entre outras. Dor crônica foi considerada como aquela com duração maior de seis meses⁸.

A intensidade da dor foi avaliada por meio da escala numérica visual da dor. Solicita-se ao indivíduo que avalie sua dor e transforme isto em uma nota de 0 a 10⁸.

O MEEM é um teste cognitivo breve que avalia o estado mental, composto por itens a respeito de orientações espaço temporal, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia constitucional. O escore varia de 0 a 30. Adotou-se os seguintes pontos de corte: analfabeto–13; baixa escolaridade (1-4 anos)-13; média escolaridade (4 a 8 anos)–18; alta escolaridade (acima de 8 anos)-26⁹.

A funcionalidade relacionada com dor lombar foi avaliada utilizando o questionário de Roland Morris. É um questionário composto de 24 itens relacionados às atividades de vida diária, sendo que seu escore é calculado pelo total de perguntas assinaladas, variando de zero a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa^{10,11}.

Atividades instrumentais de vida diária foram avaliadas por meio da escala de Lawton e Brody que avalia a autonomia nas atividades de vida diária nos aspectos físico e instrumental. Dentre os aspectos avaliados está a comunicação, a interação social, as atividades domésticas, o trabalho, o lazer e as atividades cotidianas. Sua pontuação varia de 0 (perda da capacidade funcional) a 16 pontos (capacidade funcional total)^{12,13}.

Sintomas depressivos foram avaliados por meio da escala de depressão geriátrica (GDS–15), uma versão reduzida, amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste com 15 perguntas negativas/afirmativas. Pontuações iguais a 3 indicam normalidade, 7 indicam depressão moderada e 12 indicam depressão severa¹⁴.

O questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) foi utilizado para avaliação da qualidade de vida, o qual é um instrumento

genérico de avaliação de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero responde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado¹⁵.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 21. A análise estatística envolveu procedimentos descritivos (média, desvio-padrão e análise percentual) e inferenciais. Os critérios paramétricos de normalidade e homogeneidade de variâncias foram analisados por meio do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. A comparação inter-grupos (amostras independentes) deu-se pelo teste *t* de *Student* visto que as variáveis estudadas apresentaram distribuição normal. Para todas as análises, foi considerado nível de significância de 5%, sob um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A população alvo foi composta por 45 idosos, destes 20 apresentaram capacidade cognitiva adequada. Dez idosos eram não institucionalizados e todos (100%) relataram dor crônica e foram incluídos no estudo (G1). Os demais idosos (n = 10) eram institucionalizados e destes, 5 (50%) referiram dor crônica, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão propostos (G2). No G1, a amostra foi composta apenas por mulheres, com média de idade de $69,9 \pm 5,72$ anos. Já o G2 foi composto por uma mulher e 4 homens, com média de idade de $71,20 \pm 15,77$ anos.

Com referência ao estado civil atual, escolaridade e ocupação pregressa, constatou-se que predominam os idosos viúvos e alfabetizados. Quanto a ocupação pregressa costureira, cozinheira, faxineira, agricultor e funcionário do setor industrial ou comercial foram relatados (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra.

Características	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Idade (anos)	69,9±5,72	71,20± 15,77
Sexo		
<i>Masculino</i>	0 (0%)	4 (80%)
<i>Feminino</i>	10 (100%)	1 (20%)
Estado civil		
<i>Casado</i>	3 (30%)	0 (0%)
<i>Viúvo</i>	6 (60%)	3 (80%)
<i>Solteiro</i>	1 (10%)	2 (20%)
<i>Divorciado</i>	0 (0%)	0 (0%)
Escolaridade		
<i>Não alfabetizado</i>	1 (10%)	0 (0%)
<i>Alfabetizado</i>	9 (90%)	5 (100%)
Ocupação Pgressa		
<i>Costureira</i>	4 (40%)	0 (0%)
<i>Cozinheira</i>	2 (20%)	0 (0%)
<i>Faxineira</i>	2 (20%)	1 (20%)
<i>Agricultor</i>	1 (10%)	2 (40%)

Indústria/Comércio

1 (10%)

2 (40%)

G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

Com relação às condições de saúde referidas pelos idosos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes foram as mais referidas. Alguns idosos referiram apresentar mais de um problema de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos de acordo com a situação de saúde

Características	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Tem problema de saúde		
<i>Sim</i>	9 (90%)	4 (80%)
<i>Não</i>	1 (10%)	1 (20%)
Problemas de saúde		
<i>Hipertensão Arterial</i>	8 (70%)	2 (40%)
<i>Diabetes</i>	3 (20%)	1 (20%)
<i>Osteoporose</i>	2 (10%)	0 (0%)
<i>Outros</i>	0 (0%)	2 (40%)

G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

Quanto à prevalência de dor crônica por local, os lugares mais prevalentes incidiram coluna lombar, membros inferiores e articulação dos joelhos em ambos os grupos, alguns idosos referiram dor em mais de um local (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos de acordo com o local da dor

Local da dor	G1 (n=10)	G2 (n=5)
<i>Coluna Lombar</i>	6 (35%)	1 (10%)
<i>Região das pernas</i>	3 (20%)	2 (50%)
<i>Articulação do joelho</i>	5 (30%)	0 (0%)
<i>Membros superiores</i>	2 (10%)	1 (10%)
<i>Coluna cervical</i>	0 (0%)	1 (10%)
<i>Pés</i>	1 (5%)	0 (0%)
<i>Região cefálica</i>	0 (0%)	1 (10%)
<i>Região torácica</i>	0 (0%)	1 (10%)
<i>Região abdominal</i>	1 (5%)	0 (0%)

G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

Em relação à intensidade da dor os idosos referiram notas que variaram de 1 a 10 pontos. No G1 a média da dor foi de $6,8 \pm 2,82$ pontos, e constatou-se que predominou a nota 10, que corresponde a dor máxima, referida por 3 idosos. No G2 a média da dor foi de $4,2 \pm 2,17$ pontos, predominando as notas entre 2 e 5, que corresponde dor leve a moderada.

Com relação ao tipo de dor, a maioria dos idosos do G1 (50%) e G2 (40%) referiu que a dor era tipo queimação; a frequência da dor (vezes por semana) foi variada, sendo maior no G1. Quanto o uso de medicação, 7 (70%) idosos do G1 e 2 (40%) do G2 referiram usar medicamentos oral para alívio da dor. Quando questionados, 5 (50%) idosos do G1 e 1 (20%) do G2 consideraram que a presença da dor afeta a realização das atividades de vida diária (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da dor crônica

	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Tipo de dor		
<i>Queimação</i>	5 (50%)	2 (40%)
<i>Lacerante</i>	1 (10%)	1 (20%)
<i>Pontada</i>	1 (10%)	2 (40%)
<i>Aguda</i>	1 (10%)	0 (0%)
<i>Bem localizada</i>	1 (10%)	0 (0%)
Frequência		
Todos os dias	4 (40%)	2 (40%)
1 a 3 vezes por semana	4 (40%)	3 (60%)
2 vezes por mês	2 (20%)	0 (0%)
Uso de medicação	7 (70%)	2 (40%)
Influência da dor nas AVDs		
<i>Bastante</i>	4 (40%)	0 (0%)
<i>Mais ou menos</i>	1 (10%)	1 (20%)
<i>Não afeta em nada ou muito pouco</i>	5 (50%)	4 (80%)

G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados; AVDs: atividades de vida diária.

Os resultados expressos em média e desvio padrão da avaliação cognitiva, funcional, depressão e qualidade de vida encontram-se na tabela 5. Quando os grupos foram comparados, o G1 apresentou uma maior intensidade da dor quando comparado ao G2, embora não tenha sido estatisticamente significativo (p

> 0,05). Além disso, o G1 apresentou pontuações melhores e estatisticamente significativas quando comparados ao G2, nas avaliações da cognição (26,6 vs. 21,6), incapacidade funcional (10,3 vs. 6,2), atividades de vida diária (12,4 vs. 0,0) e depressão geriátrica (3,3 vs. 5,8). Não houve diferença entre os grupos na qualidade de vida avaliada por meio do questionário SF-36 (93,8 vs. 88,8, $p = 0,40$).

Tabela 5 – Valores referentes à média, desvio padrão e valor p das comparações entre os grupos de idosos não institucionalizados e institucionalizados.

Variáveis	G1 (n=10)	G2 (n=5)	Valor p
<i>Dor</i>	6,8 ± 2,82	4,2 ± 2,17	0,07
<i>Cognição</i>	26,6 ± 3,06*	21,6 ± 6,47	0,05
<i>Incapacidade Funcional</i>	10,3 ± 7,09*	6,2 ± 2,56	0,01
<i>Atividades de vida diária</i>	12,4 ± 3,06*	0,0 ± 0,0	0,00
<i>Depressão</i>	3,3 ± 1,70	5,8 ± 1,30*	0,01
<i>Qualidade de vida</i>	93,8 ± 5,71	88,8 ± 11,5	0,40

G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

* diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); teste t de Student.

DISCUSSÃO

Em relação à dor, evidenciou-se nesta pesquisa, que a maioria dos idosos relataram dor crônica, o que corrobora com outras investigações^{5,6,7,16,17}. Os idosos que vivem na comunidade apresentaram maior incidência de dor, visto que

todos os idosos da população alvo da pesquisa relataram sentir dor crônica, e apenas 50% dos idosos institucionalizados relataram dor.

A literatura aponta alta incidência de dor crônica em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Estudo realizado por Celich e Galon⁷ demonstra incidência de dor crônica em 56,25% de idosos residentes em área urbana. Dellaroza et al.¹⁶ evidenciaram uma prevalência de dor crônica de 62,2% em idosos da comunidade. Valores semelhantes foram obtidos por Dellaroza et al.¹⁷, e Barbosa et al.⁵, em que 51,4% e 58,1% dos idosos avaliados apresentaram dor crônica, respectivamente. Reis e Torres⁶ evidenciaram ocorrência de dor crônica em 73,3% de uma população de 60 idosos institucionalizados de Natal, Rio Grande do Norte. Sendo assim, torna-se evidente a confirmação dos achados no presente estudo, em relação aos altos índices de dor crônica em idosos.

A diferença na incidência de acordo com o local de residência dos idosos observada no presente estudo pode ser devido ao sexo (G1 maioria mulheres e G2 maioria homens), e também ao próprio local de moradia, visto que na instituição de longa permanência os idosos eram menos ativos, pior situação econômica, se expondo menos a situações de risco para dor.

Dellaroza et al.¹⁶ evidenciaram que em idosos do sexo feminino a prevalência de dor crônica foi de 69,3% e masculino 52,1%. Mulheres podem perceber o evento da dor com maior seriedade, pois as múltiplas responsabilidades e papéis, resultantes de cuidados com parentes e administração do lar, são razões para elas considerarem a dor ameaçadora. Além disso, o significado da dor para homens e mulheres pode ser influenciado por

normas sociais e culturais que permitem à mulher a expressão ou manifestação de dor enquanto encorajam os homens a desconsiderá-la¹⁸.

Constatou-se prevalência de idosos viúvos em ambos os grupos. Em relação ao estado civil, o sentimento de solidão e o sofrimento, muitas vezes pela falta de companhia, pode levar a sentimentos como angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça a integridade pessoal, ocasionando queixas de dor. Sendo assim, esses fatores podem explicar as informações encontradas no presente estudo.

De maneira conjunta, embora a literatura relate baixa escolaridade dos idosos refletindo as condições sociais do passado, relatando acesso restrito à educação, constatou-se que a quase totalidade dos idosos avaliados no presente estudo em ambos os grupos eram alfabetizados. Dellaroza et al.¹⁷ encontraram que idosos com dois a quatro anos de estudo apresentaram maiores percentuais de dor crônica. Essas informações deixam evidente que o nível de escolaridade favorece o acesso à informação, o que pode ser determinante para uma melhora no quadro algico. Além disso, o nível de escolaridade também é decisivo no autocuidado, pois o idoso deve ser capaz de cuidar de si mesmo, e saber ler é fator contributivo^{2, 7}. Contudo, estudos abordando o nível de escolaridade e a dor ainda são necessários para esclarecer tais dúvidas, deixando claro sua possível relação. Desse modo, o entendimento deste fator pode se tornar uma importante ferramenta para o estímulo de estudo entre idosos, denotando não apenas uma melhora cognitiva, mas também física.

Muitas das profissões pregressas relatadas pelos idosos de ambos os grupos requerem muito esforço físico. O esforço físico à que estiveram

submetidos durante suas vidas pode ser um fenômeno que contribui para o surgimento da dor. Além disso, dificuldade financeira e de acesso a medicamentos oferecidos na rede pública, pode ser um dos fatores que este idoso permaneça com dor e não consiga encontrar formas de alívio⁷.

Hipertensão arterial foi o diagnóstico médico mais relatado pelos idosos em ambos os grupos. Alguns idosos referiram apresentar mais de um problema de saúde. Esse fato pode ser justificado pelo próprio envelhecimento populacional, que trouxe a incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, dentre as quais se destacam a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, principalmente entre os idosos⁵.

No presente estudo as regiões corporais relatadas por ambos os grupos foi semelhante, sendo mais frequente na coluna lombar e membros inferiores (pernas e joelhos). Estes achados concordam com estudo realizado Celich e Galon⁷ e Reis et al.⁶. Do mesmo modo, o estudo de Barbosa et al.⁵ demonstra que 31,9% dos idosos institucionalizados informaram como local de dor somente os membros inferiores. Tal fato pode estar relacionado à prevalência de doenças osteomusculares nessa população, como artrite, artrose, artralgia, esporão de calcâneo, osteoporose e artrite reumatoide⁶.

A intensidade da dor e frequência (vezes por semana) desta dor foi maior no grupo não institucionalizado. Isso refletiu o maior uso de medicação oral para o alívio da dor. O uso indiscriminado de medicamentos para o alívio da dor é um risco iminente à saúde. Interações medicamentosas podem ocorrer quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outros.

São geralmente imprevistas e indesejáveis. A literatura aponta que ser fisicamente ativo no lazer (> 150 minutos/semana), está significativamente associado a menor percepção da dor crônica. A prática de atividades físicas pelos idosos, principalmente no lazer, proporciona oportunidades para uma vida mais ativa, saudável e independente². A participação regular em atividades físicas durante as atividades recreativas desenvolvidas no CIART não foi suficiente para reduzir intensidade e frequência de dor nos idosos da comunidade.

No grupo não institucionalizado, 50% dos idosos referiram que a dor afetou a realização das atividades de vida diária. Estes achados corroboram com estudos prévios que relataram limitações em atividades diárias e participação social devido à dor^{2,6,20}. Pesquisas sugerem que a dor no idoso interfere na independência e conseqüentemente na qualidade de vida, uma vez que pode haver correlação entre dor e incapacidade para a realização das atividades de vida diária^{6,21}. Considerações funcionais especiais incluem o reconhecimento de que atividades avançadas e eletivas da vida diária podem ser mais sensíveis às alterações dolorosas, desta forma comprometendo a capacidade funcional^{6,21}.

A menor intensidade da dor referida pelos idosos institucionalizados e a menor solicitação de realização de atividades com autonomia pelos cuidadores da instituição asilar poderia explicar porque o impacto da dor nas atividades de vida diária não foi tão grande neste grupo. Ressalta-se que as atividades instrumentais de vida diária são importantes para o idoso, pois a sua não realização levaria à dependência e diminuição da capacidade funcional. Sugere-se que os idosos institucionalizados podem apresentar uma menor percepção da dor, hábito de não se queixar uma vez que estes recebem menor atenção a sua condição de saúde

geral e buscam estratégias de enfrentamento da dor, como práticas religiosas e pensamentos fantasiosos²².

Esses achados justificam-se também pela maior pontuação obtida na escala de depressão no grupo institucionalizado, visto que o idoso deprimido tem uma tendência a buscar menos soluções para seus problemas apresentando apatia diante dos fatos. Este grupo também apresentou menor escore na avaliação cognitiva, considerando que está inserido em um meio que em sua maioria apresenta comprometimento cognitivo significativo, o que poderia influenciar na sua percepção da dor.

Diante deste entendimento, os profissionais de saúde, ao valorizarem a dor referida pelos idosos, têm a possibilidade de orientar e intervir de modo a minimizar este sintoma, para que este idoso possa ter uma qualidade de vida satisfatória. É imprescindível que discussões sobre as características da dor crônica e sua relação com cognição, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados sejam realizadas na formação acadêmica, porque muitos profissionais não possuem conhecimento sobre esta questão. Este despreparo leva à não-avaliação da dor de forma sistemática, sua banalização e a ignorar o impacto devastador da dor para o idoso.

O presente estudo apresentou algumas limitações, entre estas o delineamento do estudo transversal e composição amostral (idosos da comunidade e de uma instituição de longa permanência na cidade de Araranguá, Santa Catarina), sendo pequena e pouco representativa, o que limita sua validade externa. Este estudo é o primeiro passo para conhecer a condição de saúde deste

grupo de idosos na cidade de Araranguá, Santa Catarina, possibilitando que ações que visem à promoção de saúde para redução da dor crônica sejam implementadas beneficiando a população. Pesquisas futuras devem ser realizadas abordando um maior número de idosos em ambos os grupos o que possibilitará diferentes formas de análise dos dados.

CONCLUSÃO

A percepção da intensidade da dor crônica foi menor em idosos institucionalizados, refletindo a pior condição cognitiva, menor solicitação de realização de atividades com autonomia pelos cuidadores da instituição asilar e maior incidência de sintomas depressivos. Não houve diferença na qualidade de vida entre os grupos de idosos de acordo com o local de residência.

O conhecimento da ocorrência dor crônica em idosos institucionalizados e não institucionalizados e suas implicações na independência nas atividades de vida diária e na qualidade de vida é importante para promover ações de promoção de saúde, como nortear o trabalho de profissionais que atuam na atenção à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010/2011. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,-3,8,128&ind=4712>

(Acessado em março de 2015).

2. Santos FAA, Souza JB, Antes DL, d'Orsil L. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(1): 234-47.
3. Santos AMB, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Marques AP, Pereira RM. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas.* 2010; 67:251-5.
4. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saude Publica.* 2013; 29(2):325-334.
5. Barbosa MH, Silva LC, Andrade EV, Luiz RB, Bolina AF, Mattia AL et al. Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. *Rev Min Enferm.* 2012; 16(1):63-68.
6. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):274-80.
7. Celich L, 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.
8. Andrade FA, Pereira LV, Faleiros FAE. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006; 14(.2):271-276.
9. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Ivan H. Okamoto IH. Sugestões para o Uso do MiniExame do Estado Mental no Brasil. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3-B):777-81.

10. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland Morris. *Braz J Med Biol Res.* 2001; 34(2):203-210.
11. Costa LO, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Pozzi GC, Ribeiro RN. Psychometric characteristics of the brazilian-portuguese versions of the functional rating index and the roland morris disability questionnaire. *Spine.* 2007; 32(17):1902–1907.
12. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9:179–85.
13. Santos RL, Júnior JSV. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde.* 2008; 21(4):290-296.
14. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999; 57(2B).
15. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39:143-150.
16. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saude Publica.* 2007; 23:1151-60.
17. Dellaroza MS, Pimenta CA, Matsuo T. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(5):1151-60.
18. Kreling M, Cruz D, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):509-13.

19. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho FLEN, Borges PS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2008; 11(1): 93-103.
20. Ribeiro RC, Marin HF. Proposta de um atendimento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do conjunto de dados essenciais em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2): 204-12.
21. Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. Pain Med 2006; 7:60-70.
22. SOUZA LAF. Análise do enfrentamento da dor crônica entre idosos de instituições de longa permanência de uma metrópole Goiana, Brasil. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2013. 120 p.

ANEXO A – Normas da Revista



ENVIE SEU ARTIGO

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

[ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL](#) | [FORMATAÇÃO DO ARTIGO](#) | [SUBMISSÃO](#)

ESCOPO

A Revista Inspirar Movimento & Saúde (Rev Inspirar Mov Saude) ISSN 2175-537X, publicada bimestralmente, é um periódico destinado à publicação de trabalhos científicos referentes ao tema movimento humano e áreas correlatas, bem como de trabalhos relacionados à área 21 da Capes, ou grande área de saúde, envolvendo as ciências relacionadas às profissões de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Educação Física.

POLÍTICA EDITORIAL

Os artigos submetidos a Rev Inspirar Mov Saude devem preferencialmente ser artigos originais (novas informações com materiais e métodos e resultados sistematicamente relatados). Trabalhos de revisão e estudos de caso serão publicados num percentual de 20% do total dos artigos. Resenhas de livros, resumos de teses e dissertações, Cartas ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento serão publicados após aprovação da proposta pelo Conselho Editorial. A solicitação de aprovação deve ser encaminhada para o endereço revistacientifica@inspirar.com.br.

Todos os manuscritos, após aprovação pelo Conselho Editorial serão avaliados por revisores qualificados segundo a especialidade do conteúdo, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

Os direitos autorais dos artigos publicados são de propriedade da Rev Inspirar Mov Saude. Não é permitida a reprodução, mesmo que parcial, em nenhum meio de comunicação sem a autorização dos Editores.

PREPARO DO MANUSCRITO

O manuscrito deve conter no máximo 3500 palavras (excluindo resumo/abstract, figuras, referências e tabelas). Os trabalhos de revisão podem conter no máximo 5000 palavras, e os estudos de caso 1600 palavras (excluindo resumo/abstract, figuras, referências e tabelas).

O texto deve ser redigido em fonte ARIAL 12, justificado com espaçamento duplo, exceto pelo Resumo/abstract que deve ter espaçamento simples.

Página de identificação

A primeira página do manuscrito deve conter os seguintes dados:

- 1) Título do manuscrito em português em letras maiúsculas;
- 2) Título do manuscrito em inglês em letras minúsculas (somente a primeira letra maiúscula);
- 3) Autoria: nome e sobrenome de cada autor em letras minúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a filiação institucional/vínculo (Unidade/ Instituição/ Cidade/ Estado/ País); para mais de um autor, separar por vírgula;
- 4) Nome e endereço completo (com e.mail) do autor correspondente;

5) Título para as páginas do artigo: indicar um título curto, em Português e em Inglês, para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo, não excedendo 60 caracteres;

Resumo/Abstract

Logo após o item 5 da página de identificação deve aparecer uma descrição concisa e estruturada do trabalho de no máximo 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em Inglês (Abstract). Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas. O Resumo e o Abstract devem ser apresentados em formato estruturado, contemplando os seguintes itens: Contextualização, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão (o o título dos itens não devem aparecer no resumo/abstract). As Palavras-chave/Keywords (máximo seis) devem aparecer logo após o Resumo/Abstract. A Rev Inspirar Mov Saude recomenda o uso do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo <<http://decs.bvs.br/>>.

Corpo do texto: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão

O corpo do texto dos artigos originais deve obrigatoriamente conter os seguintes itens

- **Introdução:** deve caracterizar a importância do tema e a necessidade de se realizar a pesquisa e apresentar os objetivos do trabalho.

- **Métodos:** descrever de maneira detalha todos os procedimentos operacionais do estudo de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Deverá conter neste item a menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto/pesquisa foi desenvolvido.

- **Resultados:** somente devem ser apresentadas as informações novas encontradas pelo pesquisador isentas de qualquer discussão ou interpretação pessoal. Recomenda-se que os resultados sejam expressos em forma de gráficos, tabelas, quadros e números. Todos os dados apresentados através dos elementos gráficos (tabelas, quadros, gráficos, figuras, etc.), não devem ser repetidos no texto.

- **Discussão:** devem-se interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Os estudos de caso devem ser restritos às doenças ou procedimentos incomuns onde a produção de um artigo original não seja possível. Os relatos de casos clínicos não necessitam seguir a estrutura dos artigos originais, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos originais.

Agradecimentos

Quando for o caso, agradecimentos poderão ser incluídos de forma concisa no final do texto antes das Referências Bibliográficas.

Referências Bibliográficas

O número recomendado de referências bibliográficas é de 30 para os artigos originais, 15 para os relatos de caso e 50 para as revisões.

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo o estilo Vancouver (Vancouver Style, atualizado em outubro de 2004).

Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine disponibilizados no endereço www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext.noprov.html.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Exemplos:

Citações de Artigos Originais

1. Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. *Eur Respir J*. 1999; 14(6):1204-13.

Citações de Resumos

2. Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargaftig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000; 161:A863.

Citações de Capítulos de Livros

3. Queluz T, Andres G. Goodpasture's syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of Immunology*. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

Citações de Publicações Oficiais

4. World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/Tb, 1994; 178:1-24.

Citações de Teses

5. Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Citações de Artigos Publicados na Internet

6. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [online]. 2002 Jun [citado 12/8/2002]; 102(6): [cerca de 3pp.]. Disponível em <www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

Citações de Homepages/Endereços Eletrônicos

7. Cancer-Pain.org [homepage]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [Atualizado em 16/5/2002, citado em 9/7/2002]. Disponível em <www.cancer-pain.org>.

Tabelas e Figuras

As figuras e tabelas devem aparecer no corpo do texto próximo ao local onde foram citadas. O número de tabelas e/ou figuras é limitado a 5.

As tabelas devem conter apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (tamanho máximo permitido: uma página em espaço duplo). Não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas seções principais. Devem ser usados parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Nas figuras não é recomendado o uso de cores. Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

As figuras e tabelas e devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos com título descritivo e legendas que as tornem compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Digitar os títulos e legendas em espaçamento simples e explicar todos os símbolos e abreviações.

Todas as Figuras devem estar em alta resolução. A equipe de editoração gráfica da revista poderá solicitar aos autores o envio de figuras com maior resolução.

OUTRAS ORIENTAÇÕES:

Considerações Éticas e Legais

Evitar o uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (reporte-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos).

Unidades

Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via e.mail e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico.

Para submeter um manuscrito o autor deve mandar um e.mail para revistacientifica@inspirar.com.br contendo o manuscrito e os documentos suplementares preenchidos conforme os modelos abaixo:

1. **Ofício de encaminhamento;**
2. **Termo de Direitos autorais.**

Após o envio do manuscrito e dos documentos você receberá um e.mail da Revista confirmando a submissão. Caso não receba a confirmação por e.mail em 48 horas úteis, entre em contato com revistacientifica@inspirar.com.br

Permanent link to this article: <http://inspirar.com.br/revista/envie-seu-artigo-revista-inspirar>

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS.

Pesquisador: Poliana Penasso Bezerra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41344814.8.0000.0115

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 970.079

Data da Relatoria: 26/02/2015

Apresentação do Projeto:

TÍTULO: INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS. **RESUMO - APRESENTAÇÃO:** O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Essas alterações, na maioria das vezes, são acompanhadas pela presença de dor. A dor caracteriza-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais (CAMPOS, 2008). A dor apresenta caráter subjetivo e envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais. Estudos demonstram que indivíduos com dor apresentam alteração do sono, do apetite e do humor, comprometimento nas relações sociais, diminuição da mobilidade nas atividades de vida diária (SCHESTATSKY, 2008; WEBER et al., 2014). Em conjunto estas alterações impactam negativamente na capacidade funcional, a qual vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população (CARDOSO & DA COSTA, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO: Avaliar as características da dor crônica e sua influência na autonomia nas atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 970.079

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras descrevem como riscos: Cansaço e constrangimento pelo paciente durante a execução dos testes. Porém a avaliação será acompanhada por profissionais de fisioterapia e que não apresentam nenhum risco a sua saúde.

e descrevem os benefícios, Considerando o crescimento da população de idosos e sua associação com o aumento da prevalência de doenças, torna-se importante um olhar sobre os aspectos que tangem esta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

METODOLOGIA: As pesquisadoras referem que trata-se um estudo observacional, descritivo e transversal; que a amostra será constituída não-probabilística voluntária, composta por idosos, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais. Os idosos serão divididos em dois grupos: idosos não institucionalizados e idosos institucionalizados. Serão avaliados por meio de questionário de dados pessoais, do Mini-Exame do Estado Mental, escala de dor, questionário de incapacidade de Roland Morris, escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody, escala de Depressão Geriátrica e questionário de qualidade de vida SF-36. Análise estatística descritiva (média, desvio-padrão e percentual) e quantitativa através do teste de normalidade de Shapiro-Wilk e apresentando distribuição normal a comparação inter-grupos (amostras independentes) será realizada pelo teste t de Student.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:idosos que concordaram em participar do estudo, que apresentavam dor crônica e que não apresentavam alterações cognitivas identificadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o qual é um teste cognitivo breve que avalia o estado mental.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:idosos que não completaram todas as avaliações propostas no estudo.

As pesquisadoras também esclarecem sobre o que são idosos institucionizados e não institucionizados.

RESULTADOS ESPERADOS:Descrevem que, espera-se conhecer sobre as características da dor crônica em idosos institucionizados e não institucionizados e sua relação com independência nas atividades diárias, sintomas depressivos e qualidade de vida. Estes dados poderiam ser utilizados para implementação de medidas de atenção à saúde do idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão descritos na pesquisa o orçamento como sendo os custos de total responsabilidade dos pesquisadores.

O cronograma traz a previsão da avaliação pelo Comitê de Ética.

Apresentam a autorização da Instituição objeto da pesquisa; Folha de Rosto e questionários e

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 970.079

outros instrumentos de avaliação da pesquisa.

As pesquisadoras apresentam o TCLE de acordo com a Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e descrevem as indicações necessárias para a preservação dos pesquisados.

Recomendações:

Não há considerações a serem descritas. Não foram encontradas incoerências ou omissões na presente pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa apresenta relevância científica, somos portanto, favoráveis a sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado ratifica a aprovação da relatoria.

FLORIANOPOLIS, 02 de Março de 2015

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

DOR CRÔNICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A COGNIÇÃO, CAPACIDADE FUNCIONAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Chronic pain in elderly institutionalized and non-institutionalized and its relation to cognition, functional capacity, depression and quality of life

Jordana Gertrudes da Silva Feltrin¹, Gisele Agustini Lovate², Poiana Penasso Bezerra³

RESUMO

Com o aumento da população idosa e da expectativa de vida faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre como a dor afeta os idosos. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as características da dor crônica, cognição, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como analisar as relações entre esses desfechos comparando os idosos de acordo com o local de residência. Inicialmente foram avaliados 45 idosos, destes 15 atenderam aos critérios de inclusão (presença de dor crônica e não apresentar alteração cognitiva). Após seleção os idosos foram divididos em dois grupos: G1 (n=10): idosos não institucionalizados e G2 (n=5): idosos institucionalizados. Os idosos foram avaliados por meio de questionário que continha dados pessoais e características da dor crônica, escala numérica visual da dor, Mini-Exame do Estado Mental, questionário de incapacidade de Roland Morris, escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody, escala de Depressão Geriátrica e questionário de qualidade de vida SF-36. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva (média, desvio padrão e percentual) e diferença entre grupos por meio do teste t de Student ($p < 0,05$). Os resultados evidenciaram que a dor crônica foi mais prevalente na coluna lombar, com média intensidade da dor no G1 ($6,8 \pm 2,82$) e G2 ($4,2 \pm 2,17$). Quando os grupos foram comparados, o G2 apresentou pontuações menores na avaliação cognitiva (valor G2 vs. valor G1), menor desempenho de atividades diárias (valor G2 vs. valor G1) e maior incidência de sintomas de depressão (valor G2 vs. valor G1). Não houve diferença na qualidade de vida (valor G2 vs. valor G1, $p > 0,05$). Em conclusão, a percepção da intensidade da dor crônica foi menor em idosos institucionalizados, refletindo a pior condição cognitiva, menor desempenho funcional e maior incidência de sintomas depressivos.

Palavras-chave: Idoso, Dor Crônica, Atividades Cotidianas, Qualidade de vida, Depressão.

1 - Acadêmica do curso de graduação em fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil.
2 - Doutora em Ciências (Neurociências) pela UFRGS, Docente do curso de graduação em fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil.
3 - Doutora em Ciências (Neurologia) pela FMRVMSR, Docente do curso de graduação em fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil.

ABSTRACT

With the increasing elderly population and life expectancy it is necessary to increase knowledge of how pain affects the elderly. Thus, the aim of this study was to analyze the characteristics of chronic pain, cognition, functional capacity, depressive symptoms and quality of life in institutionalized and non-institutionalized elderly and to examine the relationships between these outcomes comparing the elderly in accordance with local residence. Initially 45 elderly were evaluated, of these 15 met the inclusion criteria (presence of chronic pain and not present cognitive impairment). After selecting the elderly were divided into two groups: G1 (n = 10): non-institutionalized elderly and G2 (n = 5): institutionalized elderly. The elderly were evaluated through a questionnaire containing personal data and characteristics of chronic pain, visual analog pain scale, Mini Mental State Examination, disability questionnaire of Roland Morris, instrumental activities of daily living scale by Lawton and Brody, Geriatric Depression scale and quality of life questionnaire SF-36. Data analysis was used descriptive statistics (mean, standard deviation and percentage) and difference between groups through the Student t test ($p < 0,05$). The results showed that chronic pain was more prevalent in the lumbar spine, mean pain intensity in G1 ($6,8 \pm 2,82$) and G2 ($4,2 \pm 2,17$). When the groups were compared, the G2 showed lower scores on cognitive assessment (value G2 vs. value G1), lower performance of daily activities (value G2 vs. value G1) and higher incidence of symptoms of depression (value G2 vs. value G1). There was no difference in quality of life (value G2 vs. value G1, $p > 0,05$). In conclusion, the perception of chronic pain intensity was lower in institutionalized elderly, reflecting the worst cognitive condition, lower functional performance and higher incidence of depressive symptoms.

Keywords: Elderly, Chronic pain, Activities of daily living, Quality of life, Depression.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Poiana Penasso Bezerra
Universidade Federal de Santa Catarina,
NUPEDS - Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde,
Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 301 - Km. 3,4
Barreirinhas do Aviação CEP: 89006-072 Araranguá - SC,
EMAIL: poiana.bezerra@ufsc.br

INTRODUÇÃO

A população mundial vem passando por um acelerado e gradual processo de envelhecimento. Acompanhando essa tendência, no Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade. Segundo dados do último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o número de idosos (60 anos ou mais) representava 11,3% da população brasileira¹. Neste cenário destaca-se a importância da pesquisa sobre o envelhecimento e suas alterações.

Essa mudança na estrutura etária brasileira está diretamente relacionada à transição epidemiológica, pois, à medida que a população envelhece, maior é a prevalência de problemas crônicos de saúde. Entre as consequências que a transição demográfica e a longevidade trazem para a sociedade, a dor é uma das mais significativas; em muitos casos, a dor crônica é a principal queixa dos indivíduos, interferindo consideravelmente na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos².

Em um contexto temporal, a dor pode ser classificada como aguda ou crônica. A dor aguda está associada à lesão do organismo, é de curta duração e desaparece com a cicatrização da lesão. A dor crônica, por sua vez, é persistente ou recorrente e não está necessariamente associada a uma lesão no organismo. É considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial, que se configura em problema de saúde coletiva e exige abordagem multidisciplinar³.

A prevalência de dor crônica em estudos envolvendo idosos é bastante diversificada, evidenciando resultados imprecisos⁴. Estudos brasileiros sugerem que o aumento da dor crônica está associado principalmente com a idade avançada e demonstram a alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos residentes na comunidade^{5,6} e em idosos residentes em instituições de longa permanência⁶.

A dor é considerada um sério problema de saúde pública, pois impede que a pessoa acometida realize suas funções adequadamente, o que pode acarretar em incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, ocorrência de depressão, baixa qualidade de vida e outros problemas que se agravam entre os idosos^{7,8,9}. Assim, a dor necessita ser diagnosticada, mensurada, avaliada e devidamente tratada pelos profissionais de saúde, a fim de minimizar a morbidade e melhorar a qualidade de vida desta população⁷.

De acordo com as informações supracitadas, o presente estudo propôs-se analisar as características da dor crônica, cognição, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como analisar as relações entre esses desfechos comparando os idosos de acordo com o local de residência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal. A presente pesquisa foi realizada em dois locais, o Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade (CIART) e uma instituição de longa permanência na cidade de Araranguá, Santa Catarina. A população alvo do estudo foi composta por todos os idosos, de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, que participavam regularmente das atividades do CIART ou que eram residentes na instituição asilar já referida no período proposto para coleta de dados. Apenas os ido-

ses que apresentavam dor crônica foram incluídos no estudo, sendo excluídos aqueles que não tivessem condições mentais identificadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para responder ao roteiro de entrevista, que não completaram todas as avaliações ou que não quisessem participar voluntariamente do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CAAE:413448148.0000.0115), estando de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. Os idosos foram informados a respeito dos objetivos, riscos e procedimentos envolvidos na pesquisa e aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As avaliações foram realizadas em um único dia previamente agendado.

A população alvo foi composta por 45 idosos, destes 20 apresentaram capacidade cognitiva adequada e foram questionados sobre a presença de dor crônica. Após a seleção, 15 idosos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e foram divididos em dois grupos de estudo: Grupo 1 (G1, n = 10) - idosos não institucionalizados e Grupo 2 (G2, n = 5) - idosos institucionalizados.

Para coleta de dados, os idosos foram avaliados por meio de entrevista, com a escala numérica visual da dor, MEEM para avaliação cognitiva, questionário de incapacidade de Roland Morris e escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody para capacidade funcional, escala de Depressão Geriátrica e questionário de qualidade de vida SF-36 para sintomas depressivos e qualidade de vida, respectivamente.

A entrevista inicial foi realizada utilizando um questionário que continha dados pessoais e sociodemográficos, com o sexo, idade, estado civil, ocupação pregressa e atual, problemas de saúde e sobre presença de dor crônica, tipo e local da dor, se a dor afeta a vida diária, entre outras. Dor crônica foi considerada como aquela com duração maior de seis meses⁸.

A intensidade da dor foi avaliada por meio da escala numérica visual da dor. Solicita-se ao indivíduo que avalie sua dor e transfira este em uma nota de 0 a 108.

O MEEM é um teste cognitivo breve que avalia o estado mental, composto por itens a respeito de orientações espaço-temporal, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e prática constitucional. O escore varia de 0 a 30. Adotou-se os seguintes pontos de corte: analfabeto-13; baixa escolaridade (1-4 anos)-13; média escolaridade (4 a 8 anos)-18; alta escolaridade (acima de 8 anos)-269.

A funcionalidade relacionada com dor lombar foi avaliada utilizando o questionário de Roland Morris. É um questionário composto de 24 itens relacionados às atividades de vida diária, sendo que seu escore é calculado pelo total de perguntas assinaladas, variando de zero a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa^{10,11}.

Atividades instrumentais de vida diária foram avaliadas por meio da escala de Lawton e Brody que avalia a autonomia nas atividades de vida diária nos aspectos físico e instrumental. Dentre os aspectos avaliados está a comunicação, a interação social, as atividades domésticas, o trabalho, o lazer e as atividades cotidianas. Sua pontuação varia de 0 (perda da capacidade funcional) a 16 pontos (capacidade funcional total)^{12,13}.

Sintomas depressivos foram avaliados por meio da escala de depressão geriátrica (GDS-15), uma versão reduzida, amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste com 15 perguntas negativas afirmativas. Pontuações iguais a 3 indicam normalidade, 7 indicam depressão moderada e 12 indicam depressão severa¹⁴.

O questionário Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form

Health Survey (SF-36) foi utilizado para avaliação da qualidade de vida, o qual é um instrumento genérico de avaliação de facilidade de administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero responde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de 5.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 21. A análise estatística envolveu procedimentos descritivos (média, desvio-padrão e análise percentual) e inferenciais. Os critérios paramétricos de normalidade e homogeneidade de variâncias foram analisados por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. A comparação inter-grupos (amostras independentes) deu-se pelo teste t de Student visto que as variáveis estudadas apresentaram distribuição normal. Para todas as análises, foi considerado nível de significância de 5%, sob um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A população alvo foi composta por 45 idosos, destes 20 apresentaram capacidade cognitiva adequada. Dez idosos eram não institucionalizados e todos (100%) relataram dor crônica e foram incluídos no estudo (G1). Os demais idosos (n = 10) eram institucionalizados e destes, 5 (50%) referiram dor crônica, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão propostos (G2). No G1, a amostra foi composta apenas por mulheres, com média de idade de 69,9 ± 5,72 anos. No G2 foi composto por um homem e 4 mulheres, com média de idade de 71,20 ± 15,77 anos.

Com referência ao estado civil atual, escolaridade e ocupação profissional, constatou-se que predominam os idosos viúvos e alfabetizados. Quanto à ocupação profissional, costureira, cozinheira, faxineira, agricultor e funcionário do setor industrial ou comercial foram relatados (Tabela 1).

Características	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Idade (anos)	69,9±5,72	71,20±15,77
Sexo		
Masculino	0 (0%)	4 (80%)
Feminino	10 (100%)	1 (20%)
Estado civil		
Casado	3 (30%)	0 (0%)
Viúvo	6 (60%)	2 (20%)
Solteiro	1 (10%)	3 (60%)
Divorciado	0 (0%)	0 (0%)
Escolaridade		
Não alfabetizado	1 (10%)	0 (0%)
Alfabetizado	9 (90%)	5 (100%)
Ocupação Profissional		
Costureira	4 (40%)	0 (0%)
Cozinheira	2 (20%)	0 (0%)
Faxineira	2 (20%)	1 (20%)
Agricultor	1 (10%)	2 (40%)
Industrial/Comércio	1 (10%)	2 (40%)

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra. G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

Com relação às condições de saúde referidas pelos idosos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes foram as mais referidas. Alguns idosos referiram apresentar mais de um problema de saúde (Tabela 2).

Características	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Tem problema de saúde		
Sim	9 (90%)	4 (80%)
Não	1 (10%)	1 (20%)
Problemas de saúde		
Hipertensão Arterial	6 (70%)	2 (40%)
Diabetes	3 (20%)	1 (20%)
Osteoporose	2 (10%)	0 (0%)
Outros	0 (0%)	2 (40%)

Tabela 2 - Distribuição dos idosos de acordo com a situação de saúde. G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

Quanto à prevalência de dor crônica por local, os lugares mais prevalentes incidiram coluna lombar, membros inferiores e articulação dos joelhos em ambos os grupos, alguns idosos referiram dor em mais de um local (Tabela 3).

Local da dor	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Coluna Lombar	6 (35%)	1 (10%)
Região das pernas	3 (20%)	2 (40%)
Articulação do joelho	5 (20%)	0 (0%)
Membros superiores	2 (10%)	1 (10%)
Coluna cervical	0 (0%)	1 (10%)
Pés	1 (5%)	0 (0%)
Região cervical	0 (0%)	1 (10%)
Região torácica	0 (0%)	1 (10%)
Região abdominal	1 (5%)	0 (0%)

Tabela 3 - Distribuição dos idosos de acordo com o local da dor. G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados.

Em relação à intensidade da dor os idosos referiram notas que variaram de 1 a 10 pontos. No G1 a média da dor foi de 6,8 ± 2,82 pontos, e constatou-se que predominou a nota 10, que corresponde a dor máxima, referida por 3 idosos. No G2 a média da dor foi de 4,2 ± 2,17 pontos, predominando as notas entre 2 e 5, que corresponde dor leve a moderada.

Com relação ao tipo de dor, a maioria dos idosos do G1 (50%) e G2 (40%) referiu que a dor era tipo queimadura; a frequência da dor (vezes por semana) foi variada, sendo maior no G1. Quanto ao uso de medicação, 7 (70%) idosos do G1 e 2 (40%) do G2 referiram usar medicamentos oral para alívio da dor. Quando questionados, 5 (50%) idosos do G1 e 1 (20%) do G2 consideraram que a presença da dor afeta a realização das atividades de vida diária (Tabela 4).

	G1 (n=10)	G2 (n=5)
Tipo de dor		
Queimadura	5 (50%)	2 (40%)
Lacerante	1 (10%)	1 (20%)
Pontada	1 (10%)	2 (40%)
Aguda	1 (10%)	0 (0%)
Bem localizada	1 (10%)	0 (0%)
Frequência		
Todos os dias	4 (40%)	2 (40%)
1 a 3 vezes por semana	4 (40%)	3 (60%)
2 vezes por mês	2 (20%)	0 (0%)
Uso de medicação		
	7 (70%)	2 (40%)
Influência da dor nas AVDs		
Bastante	4 (40%)	0 (0%)
Mais ou menos	1 (10%)	1 (20%)
Não afeta em nada ou muito pouco	5 (50%)	4 (80%)

Tabela 4 – Caracterização da dor crônica. G1: Não institucionalizados; G2: Institucionalizados; AVDs: atividades de vida diária.

Os resultados expressos em média e desvio padrão da avaliação cognitiva, funcional, depressão e qualidade de vida encontram-se na tabela 5. Quando os grupos foram comparados, o G1 apresentou uma maior intensidade da dor quando comparado ao G2, embora não tenha sido estatisticamente significativo ($p > 0,05$). Além disso, o G2 apresentou pontuações melhores e estatisticamente significativas quando comparados ao G1, nas avaliações da cognição (26,6 vs. 21,6), incapacidade funcional (10,3 vs. 6,2), atividades de vida diária (12,4 vs. 0,0) e depressão geriátrica (3,3 vs. 5,8). Não houve diferença entre os grupos na qualidade de vida avaliada por meio do questionário SF-36 (93,8 vs. 88,8, $p = 0,40$).

Variáveis	G1 (n=10)	G2 (n=5)	Valor p
Dor	6,8 ± 2,82	4,2 ± 2,17	0,07
Cognição	26,6 ± 3,08*	21,6 ± 6,47	0,05
Incapacidade Funcional	10,3 ± 7,09*	6,2 ± 2,56	0,01
Atividades de vida diária	12,4 ± 3,08*	0,0 ± 0,0	0,00
Depressão	3,3 ± 1,70	5,8 ± 1,30*	0,01
Qualidade de vida	93,8 ± 5,71	88,8 ± 11,5	0,40

Tabela 5 – Valores referentes à média, desvio padrão e valor p das comparações entre os grupos de idosos não institucionalizados e institucionalizados.

G1: Não institucionalizado; G2: Institucionalizado.

* diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); teste t de Student.

DISCUSSÃO

Em relação à dor, evidenciou-se nesta pesquisa, que a maioria dos idosos relataram dor crônica, o que corrobora com outras investigações^{16,11}. Os idosos que vivem na comunidade apresentaram maior incidência de dor, visto que todos os idosos

da população alvo da pesquisa relataram sentir dor crônica, e apenas 50% dos idosos institucionalizados relataram dor.

A literatura aponta alta incidência de dor crônica em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Estudo realizado por Celich e Galon⁷ demonstra incidência de dor crônica em 56,25% de idosos residentes em área urbana. Dellarozza et al.¹⁶ evidenciam uma prevalência de dor crônica de 62,2% em idosos da comunidade. Valores semelhantes foram obtidos por Dellarozza et al.¹¹, e Barbosa et al.¹, em que 51,4% e 58,1% dos idosos avaliados apresentaram dor crônica, respectivamente. Reis e Torres⁶ evidenciam ocorrência de dor crônica em 73,3% de uma população de 60 idosos institucionalizados de Natal, Rio Grande do Norte. Sendo assim, torna-se evidente a confirmação dos achados no presente estudo, em relação aos altos índices de dor crônica em idosos.

A diferença na incidência de acordo com o local de residência dos idosos observada no presente estudo pode ser devido ao sexo (G1 maioria mulheres e G2 maioria homens), e também ao próprio local de moradia, visto que na instituição de longa permanência os idosos eram menos ativos, pior situação econômica, se expõem menos a situações de risco para dor.

Dellarozza et al.⁶ evidenciam que em idosos do sexo feminino a prevalência de dor crônica foi de 69,3% e masculino 52,1%. Mulheres podem perceber o evento da dor com maior seriedade, pois as múltiplas responsabilidades e papéis, resultantes de cuidados com parentes e administração do lar, são razões para elas considerarem a dor ameaçadora. Além disso, o significado da dor para homens e mulheres pode ser influenciado por normas sociais e culturais que permitem à mulher a expressão ou manifestação de dor enquanto encorajam os homens a desconsiderá-la⁸.

Constatou-se prevalência de idosos viúvos em ambos os grupos. Em relação ao estado civil, o sentimento de solidão e o sofrimento, muitas vezes pela falta de companhia, pode levar a sentimentos como angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade pessoal, ocasionando crises de dor. Sendo assim, esses fatores podem explicar as informações encontradas no presente estudo.

De maneira conjunta, embora a literatura relate baixa escolaridade dos idosos refletindo as condições sociais do passado, relatando acesso restrito à educação, constatou-se que a quase totalidade dos idosos avaliados no presente estudo em ambos os grupos eram alfabetizados. Dellarozza et al.¹¹ encontraram que idosos com dois a quatro anos de estudo apresentaram maiores percentuais de dor crônica. Essas informações deixam evidente que o nível de escolaridade favorece o acesso à informação, o que pode ser determinante para uma melhora no quadro algico. Além disso, o nível de escolaridade também é decisivo no autocuidado, pois o idoso deve ser capaz de cuidar de si mesmo, e saber ler é fator contributivo¹⁷. Contudo, estudos abordando o nível de escolaridade e a dor ainda são necessários para esclarecer tais dúvidas, deixando claro sua possível relação. Deste modo, o entendimento deste fator pode se tornar uma importante ferramenta para o estímulo de estado entre idosos, denotando não apenas uma melhora cognitiva, mas também física.

Muitas das profissões progressivas relatadas pelos idosos de ambos os grupos requerem muito esforço físico. O esforço físico à que estiveram submetidos durante suas vidas pode ser um fenômeno que contribui para o surgimento da dor. Além disso, dificuldade financeira e de acesso a medicamentos oferecidos na rede pública, pode ser um dos fatores que este idoso

permanença com dor e não consigo encontrar formas de alívio¹.

Hipertensão arterial foi o diagnóstico médico mais relatado pelos idosos em ambos os grupos. Alguns idosos referiram apresentar mais de um problema de saúde. Esse fato pode ser justificado pelo próprio envelhecimento populacional, que trouxe a incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, dentre as quais se destacam a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, principalmente entre os idosos¹.

No presente estudo as regiões corporais relatadas por ambos os grupos foi semelhante, sendo mais frequente na coluna lombar e membros inferiores (pernas e joelhos). Estes achados concordam com estudo realizado Celich e Galon⁷ e Reis et al.⁸. Do mesmo modo, o estudo de Barbosa et al.² demonstra que 31,9% dos idosos institucionalizados informaram como local de dor somente os membros inferiores. Tal fato pode estar relacionado à prevalência de doenças osteomusculares nessa população, como artrite, artrose, artralgia, esporão de calcâneo, osteoporose e artrite reumatóide⁹.

A intensidade da dor e frequência (vezes por semana) desta dor foi maior no grupo não institucionalizado. Isso refletiu o maior uso de medicação oral para o alívio da dor. O uso indiscriminado de medicamentos para o alívio da dor é um risco iminente à saúde. Interações medicamentosas podem ocorrer quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outros. São geralmente imprevisíveis e indesejáveis. A literatura aponta que ser fisicamente ativo no lazer (> 150 minutos/semana), está significativamente associado a menor percepção da dor crônica. A prática de atividades físicas pelos idosos, principalmente no lazer, proporcione oportunidades para uma vida mais ativa, saudável e independente¹. A participação regular em atividades físicas durante as atividades recreativas desenvolvidas no CIART não foi suficiente para reduzir intensidade e frequência de dor nos idosos da comunidade.

No grupo não institucionalizado, 50% dos idosos referiram que a dor afetou a realização das atividades de vida diária. Estes achados corroboram com estudos prévios que relataram limitações em atividades diárias e participação social devido à dor^{4,20}. Pesquisas sugerem que a dor no idoso interfere na independência e consequentemente na qualidade de vida, uma vez que pode haver correlação entre dor e incapacidade para a realização das atividades de vida diária²¹. Considerações funcionais especiais incluem o reconhecimento de que atividades avançadas e eletivas da vida diária podem ser mais sensíveis às alterações dolorosas, desta forma comprometendo a capacidade funcional^{19,21}.

A menor intensidade da dor referida pelos idosos institucionalizados e a menor solicitação de realização de atividades com autonomia pelos cuidadores da instituição asilar poderia explicar porque o impacto da dor nas atividades de vida diária não foi tão grande neste grupo. Ressalta-se que as atividades instrumentais de vida diária são importantes para o idoso, pois a sua não realização levaria à dependência e diminuição da capacidade funcional. Sugere-se que os idosos institucionalizados podem apresentar uma menor percepção da dor, hábito de não se queixar uma vez que estes recebem menor atenção a sua condição de saúde geral e buscam estratégias de enfrentamento da dor, como práticas religiosas e pensamentos fantasiosos²².

Esses achados justificam-se também pela maior pontuação obtida na escala de depressão no grupo institucionalizado,

visto que o idoso deprimido tem uma tendência a buscar menos soluções para seus problemas apresentando apatia diante dos fatos. Este grupo também apresentou menor escore na avaliação cognitiva, considerando que está inserido em um meio que em sua maioria apresenta comprometimento cognitivo significativo, o que poderia influenciar na sua percepção da dor.

Diante deste entendimento, os profissionais de saúde, ao valorizarem a dor referida pelos idosos, têm a possibilidade de orientar e intervir de modo a minimizar este sintoma, para que este idoso possa ter uma qualidade de vida satisfatória. É imprescindível que discussões sobre as características da dor crônica e sua relação com cognição, capacidade funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados sejam realizadas na formação acadêmica, porque muitos profissionais não possuem conhecimento sobre esta questão. Este despreparo leva à não-avaliação da dor de forma sistemática, sua banalização e a ignorar o impacto devastador da dor para o idoso.

O presente estudo apresentou algumas limitações, entre esta o delineamento do estudo transversal e composição amostral (idosos da comunidade e de uma instituição de longa permanência na cidade de Araranguá, Santa Catarina), sendo pequena e pouco representativa, o que limita sua validade externa. Este estudo é o primeiro passo para conhecer a condição de saúde deste grupo de idosos na cidade de Araranguá, Santa Catarina, possibilitando que ações que visem à promoção de saúde para redução da dor crônica sejam implementadas beneficiando a população. Pesquisas futuras devem ser realizadas abordando um maior número de idosos em ambos os grupos o que possibilitará diferentes formas de análise dos dados.

CONCLUSÃO

A percepção da intensidade da dor crônica foi menor em idosos institucionalizados, refletindo a pior condição cognitiva, menor solicitação de realização de atividades com autonomia pelos cuidadores da instituição asilar e maior incidência de sintomas depressivos. Não houve diferença na qualidade de vida entre os grupos de idosos de acordo com o local de residência.

O conhecimento da ocorrência da dor crônica em idosos institucionalizados e não institucionalizados e suas implicações na independência nas atividades de vida diária e na qualidade de vida é importante para promover ações de promoção de saúde, como nortear o trabalho de profissionais que atuam na atenção à saúde do idoso.

REFERÊNCIA

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese do Censo Demográfico de 2010/2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/sni/gv1/?loc=0&cat=1,-2,-3,8,128&ind=4712> (Acessado em março de 2015).
2. Santos FA A, Souza JB, Antes DL, d'Orsini L. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação socio demográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiol. 2015; 18(1): 234-47.
3. Santos AMB, Burti JS, Lopes JB, Seazufe M, Marques AP, Pereira RM. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. Maturitas. 2010; 67:251-5.

4. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saude Publica*. 2013; 29(2):325-334.
5. Barbosa MH, Silva LC, Andrade EV, Luiz RB, Bolina AF, Mattia AL et al. Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(1):63-68.
6. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2):274-80.
7. Celich L, 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.
8. Andrade FA, Pereira LV, Falcões FAE. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(2):271-276.
9. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Ivan H, Okamoto IH. Sugestões para o Uso do MiniExame do Estado Mental no Brasil. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61(3-B):777-81.
10. Nusbbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001; 34(2):203-210.
11. Costa LO, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Pozzi GC, Ribeiro RN. Psychometric characteristics of the brazilian-portuguese versions of the functional rating index and the roland morris disability questionnaire. *Spine*. 2007; 32(17):1902-1907.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-85.
13. Santos RL, Júnior JSV. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*. 2008; 21(4):290-296.
14. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2-B).
15. Cicconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinho I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39:143-150.
16. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saude Publica*. 2007; 23:1151-60.
17. Dellaroza MS, Pimenta CA, Matsuo T. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(5):1151-60.
18. Kreling M, Cruz D, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):509-13.
19. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho FLEN, Borges PS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008; 11(1):93-103.
20. Ribeiro RC, Marin HF. Proposta de um atendimento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do conjunto de dados essenciais em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):204-12.
21. Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med* 2006; 7:60-70.
22. SOUZA LAF. Análise do enfrentamento da dor crônica entre idosos de instituições de longa permanência de uma metrópole Goiana, Brasil. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2013. 120 p.