

**JOSÉ LUÍS FELTRIN ORÉFICE**

**QUALIDADE DE VIDA E DOR FÍSICA EM IDOSOS.**

**Universidade Católica Dom Bosco  
Mestrado em Psicologia  
Campo Grande-MS  
2007**

**JOSÉ LUÍS FELTRIN ORÉFICE**

**QUALIDADE DE VIDA E DOR FÍSICA EM IDOSOS.**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia, área de concentração em Psicologia da Saúde sob orientação do Prof. Dr. *José Carlos Rosa Pires de Souza*.

**Universidade Católica Dom Bosco  
Mestrado em Psicologia  
Campo Grande-MS  
2007**

A dissertação apresentada por JOSÉ LUÍS FELTRIN ORÉFICE, intitulada “**QUALIDADE DE VIDA E DOR FÍSICA EM IDOSOS**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

## **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza**

---

**Prof. Dr. Paulo de Tarso Camillo de Carvalho**

---

**Prof. Dr. Reinier Johannes Antonius Rozestraten**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloísa Bruna Grubits Freire**

Campo Grande-MS, maio de 2007.

*Intrigante é o Homem! Escala altíssimas  
montanhas, atravessa áridos desertos, mares e  
céus infinitos; percorre distâncias  
indescritíveis, invade o espaço cósmico... e não é  
capaz de vencer a pequena grande distância que  
vai da cabeça ao próprio peito!"*  
*(Florianc Serra)*

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a minha esposa Rosalbina e aos meus pais, José Vinício e Maria Ângela que sempre estiveram ao meu lado durante toda esta caminhada deixando sempre palavras de conforto e sabedoria e a grande demonstração de carinho em cada ato por vocês realizado, o que sem dúvida alguma, alimentou e tornou possível à realização deste, a vocês a minha eterna gratidão.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por se fazer presente em minha vida proporcionando mais esta conquista.

Aos meus sogros, Sr. Antonio e Sra. Maria Rosa, por trazerem sempre em suas palavras o dom do conhecimento e da experiência deixando assim o estímulo para seguirmos em nossa caminhada, a vocês o meu muito obrigado!

Aos meus irmãos e cunhados(a), pela presença em todos os momentos vivenciados por mim, as vossas colaborações mesmo à distancia, se fazem imprescindíveis, jamais esquecerei de vocês, amo à todos!!!!

Aos sobrinhos(a) os quais garantem a alegria e harmonia em nossos lares hoje e sempre.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, meus sinceros agradecimentos pela confiança e prestatividade. Desejo a você caro professor, que Deus mantenha acesa a chama da inquietude intelectual a qual lhe faz e fará sempre diferente de todos os professores, a você o meu muito obrigado!!

Ao amigo e colega de profissão Prof. Dr. Paulo de Tarso Camillo de Carvalho e esposa, por sempre acreditarem e confiarem a vossa sincera amizade.

Ao amigo Prof. Dr. Carlos Alexandre Habitante e esposa, aos amigos Daniel Martins Pereira e Baldomero A. Kato da Silva por suas sinceras amizades a qual aproveito a condição para em vossos nomes agradecer a todos os docentes do curso de Fisioterapia da Universidade Para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP por compartilharem das dificuldades e conquistas do nosso dia-a-dia.

Aos idosos do Serviço Social e do Comércio de Campo Grande - SESC Horto, bem como a instituição, os quais representam aqui a comunidade da terceira idade sul mato grossense, sem os quais este jamais teria sentido e realização.

Ao amigo e colega de profissão Dr. Carlos Daniel Berro, no qual referencio e agradeço a todos os colegas de profissão e amigos, por manter sempre viva a chama de ser Fisioterapeuta, você é sem dúvida mais um grande responsável por esta conquista, valeu!!!

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Elisabeth Lapa Coelho por sempre incentivar a todos os discentes deste programa. Em seu nome cumprimento e agradeço a todos os docentes do referido programa de Mestrado.

ORÉFICE, José Luís Feltrin. **Qualidade de Vida e Dor Física em Idosos**. 147p. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS.

## **Resumo**

O presente estudo teve por objetivo avaliar a Qualidade de Vida (QV) e a presença de dor em idosos. Para tanto foram entrevistados 130 idosos do Serviço Social do Comércio – SESC Horto, na cidade de Campo Grande – MS entrevistados entre os meses de Setembro a Novembro de 2005. Com o intuito de avaliar a QV foram utilizados dois instrumentos, um genérico o MOS SF-36 e outro relacionada à saúde o WHOQOL-Bref. Para a localização da dor foi utilizado um diagrama corporal, extraído do Questionário de Dor de McGill, e a Escala de Faces como instrumento para mensuração da intensidade da dor dos participantes. Os resultados apresentados em relação à QV se colocam em um patamar considerado como muito bom estado de saúde ou QV, de acordo com os escores apresentados para os respectivos instrumentos de avaliação com os domínios Capacidade Funcional com 75,3 Estado Geral de Saúde com 73,6 os Aspectos Sociais com 73,1 e a Saúde Mental com 80,9 para o MOS SF-36 já para o WHOQOL-Bref os domínios Psicológico com 65,2 e o de Meio Ambiente com 66,4 foram os que obtiveram valores mais expressivos. A presença de dor mostrou-se maior nas articulações de suporte e com uma intensidade considerada baixa para a maioria dos entrevistados, tanto em relação à escala de faces como em relação ao instrumento MOS SF-36. Pode-se concluir que, em geral a QV dos entrevistados ficou classificada como muito boa e que quanto maior a intensidade de dor pior a sua classificação. Os dados proporcionam concluir ainda que há boa correlação entre os instrumentos utilizados para a avaliação da QV e que estes se apresentam adequados a esta população.

**Palavras-Chave: Idosos, Dor Física, Promoção da Saúde.**

ORÉFICE, J. L. F. **Quality of Life and Physical Pain in Elderly.** 147p. Master's Dissertation. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande – MS.

### **Abstract**

The present study had the objective of evaluating quality of life (QOL) and pain in the third age. Interviews were conducted with 130 elderly people at the Social Service for Commerce (SESC-Horto), in the city of Campo Grande (MS). Generic instruments for health-related evaluations were utilized: *MOS SF-36* and *WHOQOL-Bref*. To locate pain among the participants, a body diagram extracted from the McGill Pain Questionnaire and a scale of faces for measuring pain severity were utilized. Descriptive statistical analyses were performed, consisting of general means and the respective standard deviations for the scores, and also the absolute and relative frequencies of the results found for each variable. The Pearson linear correlation was utilized for analyzing the domains of the questionnaires, along with the relative and absolute frequencies for pain location and severity. To compare pain with QOL, the ANOVA test was applied, with the post-hoc Bonferroni test, taking  $\alpha = 0.05$  and finding  $p=0.0001$ . The participants were interviewed at SESC-Horto between September and November 2005. The QOL-related results showed a state of health or QOL that was considered to be very good. Pain was most frequently presented in the supporting joints, at an intensity that most interviewees considered low, in relation to both the scale of faces and the *MOS SF-36* instrument. It was found that the greater the severity of pain was, the worse the interviewees' QOL was. The data allow the conclusion that the scores from the instruments utilized were similar, and that the instruments for evaluating QOL and pain utilized in this study were adequate for this elderly population.

**Key words: Elderly, Physical Pain, Health Promotion**



## Lista de Tabelas

Tabela-1 Classificação da Qualidade de Vida.	80
Tabela-2 Qualidade de Vida: média e desvio padrão dos diferentes domínios avaliados pelo questionário MOS- SF 36, média geral e por sexo (masculino e feminino).	85
Tabela-3 Qualidade de Vida: média e desvio padrão dos diferentes domínios avaliados pelo questionário WHOQOL-Bref, média geral e por sexo (masculino e feminino).	86
Tabela 4 – Distribuição dos valores de correlação entre os questionários SF-36 e WHOQOL-Bref. Apresentação de análise multivariada.	86
Tabela-5 Avaliação da dor: intensidade da dor expressa em valores absolutos e relativos coletados a partir da Escala de Faces.	88
Tabela 6 Média geral e de cada domínio do SF-36 e do WHOQOL-Bref, distribuídas de acordo com os níveis de intensidade de dor encontrados na escala de faces.	89
Tabela-7 Descrição dos valores de p encontrados no pós teste de Bonferroni intragrupos para determinação dos valores de significância entre intensidade da dor e qualidade de vida.	91

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1- Correlação entre os questionários de Qualidade de Vida. 87

Gráfico 2- Distribuição da frequência absoluta quanto à localização da dor (Diagrama Corporal). 88

Gráfico 3- Distribuição quantitativa da Qualidade de Vida expressa nos questionários, nos diferentes níveis de intensidade da dor. 90

## **Lista de Apêndice**

Apêndice I: Termo de consentimento livre e esclarecido	133
--	-----

## **Lista de Anexos**

Anexo I: Parecer favorável do comitê de ética de pesquisa com seres humanos	135
Anexo II: Questionário genérico de avaliação da qualidade de vida (MOS- SF 36).	136
Anexo III: Questionário WHOQOL – Bref	142
Anexo IV: Diagrama Corporal e Avaliação de Intensidade da Dor	146

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1 TERCEIRA IDADE</b>	23
1.1 Conceitos	23
1.2 Aspectos Biológicos do Envelhecimento	24
1.2.1 Alterações Biológicas do Sistema Músculoesquelético	26
1.2.2 Alterações Biológicas do Sistema Nervoso	28
1.2.3 Alterações Biológicas do Sistema Cardiorrespiratório	29
1.2.4 Alterações Biológicas do Sistema Renal	31
1.2.5 Alterações Biológicas do Sistema Endócrino	32
1.2.6 Demais Alterações Biológicas na Terceira Idade	33
1.2.7 Doenças Crônicas na Terceira Idade	34
1.2.8 Alterações Psicosociais na Terceira Idade	35
1.3 Política Nacional de Assistência ao Idoso	36
<b>2 DOR</b>	39
2.1 Evolução Histórica da Dor.	39
2.2 Conceito	47
2.3 Epidemiologia	47
2.4 Classificação da Dor	50
2.5 Dor na Terceira Idade	51
2.6 Fisiopatologia da Dor na Terceira Idade	53
2.7 Psicopatologia da Dor na Terceira Idade	54
2.7.1 Transtornos Psiquiátricos e Dor na Terceira Idade	55
2.8 Instrumentos Empregados na Avaliação da Dor	55
<b>3 QUALIDADE DE VIDA</b>	60
3.1 Histórico e Conceito	60
3.2 Instrumentos de Avaliação em QV Relacionados à Saúde	64
3.2.1 <i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	66
3.2.2 <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)</i>	68

<b>3.3 Qualidade de Vida e Saúde</b>	69
<b>3.4 Qualidade de Vida na Terceira Idade</b>	71
<b>4 QUALIDADE DE VIDA E TERCEIRA IDADE</b>	74
<b>5 OBJETIVOS</b>	76
<b>5.1 Objetivo Geral.</b>	76
<b>5.2 Objetivos Específicos.</b>	76
<b>5 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>	77
<b>5.1 Aspectos Éticos da Pesquisa E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	77
<b>5.2 Participantes e Local de Desenvolvimento da Pesquisa</b>	77
<b>5.3 Critérios de Inclusão e de Exclusão</b>	78
<b>5.4 Instrumentos</b>	79
<b>5.6 Procedimentos</b>	82
<b>5.7 Análise Estatística</b>	82
<b>6 RESULTADOS</b>	84
<b>7 DISCUSSÃO</b>	93
<b>8 CONCLUSÃO</b>	119
<b>REFERÊNCIAS</b>	121
<b>Apêndice</b>	132
<b>Anexos</b>	134

## INTRODUÇÃO

No Brasil a maioria da população é constituída por jovens, o estudo e a dedicação voltados aos idosos são recentes. Contudo, o incremento significativo deste patamar da população nas últimas décadas justifica a preocupação com a produção de conhecimento e o alerta para uma lacuna que necessariamente terá que ser preenchida em um futuro próximo. No campo da saúde, a situação não é diferente e, de certa maneira, faz com que o idoso signifique não só o passado como também o futuro.

Em um contexto geral esta pesquisa pode, sem dúvida ser mais uma contribuição, porém, não suficiente para cobrir a gama de deficiências existentes no conhecimento atual sobre o tema e a população nele envolvidos.

Constitui ainda em um importante levantamento para o direcionamento de estratégias de intervenção uma vez que proporcionar o viver mais e com qualidade tem sido objetivo dos profissionais da saúde em um contexto geral independente da faixa etária.

Como profissional da saúde atuante na área da Geriatria acredito poder caracterizar esta como mais uma contribuição útil a vários profissionais da saúde os quais tenham como preocupação conhecer e se dedicar ao cuidado com os idosos.

“Viver mais, desejo da maioria das pessoas que pode resultar numa sobrevida marcada por incapacidades ou dependências” (PASCHOAL, 2000, p.85). O desafio é conseguir uma maior sobrevida, não apenas para fazer uma descrição da velhice, mas, principalmente, para avaliar o impacto de tratamentos, condutas e políticas empregadas, corrigir seus rumos, alocar recursos e planejar serviços, visando uma sobrevida melhor e conseqüente melhora da Qualidade de Vida (QV) (PASCHOAL, 2000).

Segundo Spilker (1996), a expressão “Qualidade de Vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, em referência ao sistema bancário norte-americano. No entanto, o termo QV, como vem sendo aplicado na

literatura médica, não parece ter um único significado e apresenta, também uma definição dada pelo Grupo da Organização Mundial de Saúde e Qualidade de Vida (*WHOQOL GROUP*) em 1994 como sendo a percepção do indivíduo, de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações o que faz com que o tema seja subjetivo e multidimensional, composto por dimensões positivas e negativas vivenciadas por cada indivíduo.

Cardoso (2001) discorre sobre o assunto, colocando-o como sendo atual e importante, contudo polêmico e complexo. Por ser muito usado nos últimos anos, classifica-se como atual e importante e, pelo fato de ser aplicado às várias áreas da vida como, por exemplo, a saúde, a cidadania e o urbanismo e, devido as suas propostas de mudanças, condições e estilo de vida, bem-estar, necessidades humanas e de desenvolvimento social, classifica-se como polêmico e complexo. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e das ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. (OMS, 1998).

Guillemin (1995) apud Paschoal (2000), Ciconelli (1997) e Kimura (1999), descrevem alguns pontos importantes para mensurar QV. Uma opção é criar uma medida que preencha as especificidades do idioma e da cultura. Outra opção seria usar um instrumento já existente, desenvolvido em outra língua. No entanto, uma simples transposição, através de uma tradução, não será satisfatória, dada às diferenças culturais e lingüísticas existentes.

Houve na última década uma proliferação de instrumentos de avaliação de QV, a maioria destes desenvolvidos nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. Foi assim com o instrumento da Organização Mundial de



Saúde na sua forma completa (*WHOQOL* – 100) e com o instrumento abreviado da mesma instituição (*WHOQOL-Bref*) assim como aconteceu com *The Medical Outcomes Study 36 – item Short-Form Health Survey (SF-36)* (OMS, 1998).

Para Ciconelli (1997), há diversos índices ou instrumentos propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a QV. Estes podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos possuem a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações. Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional e podem ainda ser subdivididos em dois modos: perfil de saúde e *utility*. Já os instrumentos específicos, avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da QV, proporcionando assim uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto específico em estudo.

Bell et al. (1990) relatam que a escolha do instrumento baseia-se principalmente em sua proposta de estudo; seus componentes devem ser claros, a população estudada e em caso de patologias envolvidas, um delineamento destas. O *The Medical Outcomes Study 36 – item Short-Form Health Survey (SF-36)*, foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso como os anteriores (WARE et al., 1993, CICONELLI, 1997). Ciconelli (1997) destaca ser o SF – 36, um questionário genérico em que seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos. Este instrumento é composto por 36 itens, os quais avaliam 8 (oito) domínios, divididos em aspectos físicos e emocionais assim descritos: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental (Anexo I).

Outro instrumento mundialmente aceito o *WHOQOL* – 100, idealizado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (*WHOQOL GROUP*, 1994), é

composto por 100 questões que avaliam 6 (seis) domínios: Aspecto Físico, Aspecto Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio ambiente e Espiritualidade / Crenças Pessoais. A partir desse instrumento foi desenvolvido o *WHOQOL – Bref*, composto por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, originando assim a versão abreviada do questionário, o qual avalia 4 domínios: o Físico, o Psicológico, as Relações Sociais e de Meio ambiente (Anexo II).

Tendo em vista, Mathias (1994) e Guillemin (1995) destacam que não há um único instrumento para avaliar a QV, tão pouco um instrumento capaz de avaliar todas as situações de saúde ou doença, fazendo com que a escolha do instrumento passe a ser um tópico importante dentro do contexto da pesquisa em saúde e QV.

Ciconelli (2003) menciona que as medidas de avaliação disponíveis não são capazes de dizer, com exatidão, ao profissional da área como proceder. Entretanto, podem demonstrar se os pacientes conseguem fazer determinadas atividades do seu cotidiano e como se sentem quando as estão praticando.

Quando se pensa no processo de avaliação saúde-doença, logo fazemos a inter-relação com as estratégias de intervenção e as diversas populações atendidas neste processo. A terceira idade tem sido uma camada populacional muito prestigiada com tais preocupações. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1996, registram um número de 12,4 milhões de idosos no país, com uma estimativa de 33 milhões para o ano de 2025, o que levaria o Brasil a ocupar o 6º lugar no *ranking* mundial de população idosa em números absolutos, ficando atrás somente da China, Índia, Comunidade dos Estados Independentes (ex-URSS), Estados Unidos e Japão (SKARE, 2000; GANDOLFI, 2001).

Segundo Kemoun (1997), as conseqüências deste número crescente de idosos implica em aumento das demandas sociais e representam um grande desafio político, social e

econômico, o que nos leva a pensar na inclusão do termo envelhecimento em outras áreas do conhecimento que não somente na Geriatria e na Gerontologia.

Gandolfi (2001) e Carvalho Filho e Papaleo Netto (2001) mencionam que as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento promovem problemas de saúde, ocasionando restrições quanto às possibilidades de realizar atividades em geral e, muitas vezes, perda da independência física e social, predispondo ainda a alterações emocionais. Envelhecer é um processo multifatorial e, geralmente, associa-se velhice à enfermidade. É certo que há mais problemas de saúde em pessoas idosas que em jovens, mas esse fato não determina que a velhice esteja ligada a doenças.

De acordo com Moreira (1998), Pickles (2000), Yoshinari e Bonfá (2000), Carvalho Filho e Papaleo Netto (2001), alguns tópicos com relação à fisiologia do envelhecimento devem ser destacados dentro do processo saúde/doença nesta população. Em nível antropométrico ocorre ganho de peso devido ao maior percentual de gordura, assim como a diminuição da massa muscular e da densidade óssea de 2 a 3% ao ano, com maior incidência no sexo feminino, após a menopausa. Em nível neural há uma redução do número e no tamanho dos neurônios, com conseqüente aumento do tempo de reação e condução nervosa, resultando em menor velocidade na realização de movimento.

Com relação ao sistema muscular há uma queda do número e no tamanho das fibras o que leva a uma perda de força e da qualidade da contração muscular. Já em nível pulmonar, o declínio na capacidade vital e no poder de difusão estará presente, associado à diminuição da complacência pulmonar, à diminuição da função do músculo estriado cardíaco e dos vasos sanguíneos, nestes últimos por perda do colágeno, sendo que a possibilidade de ocorrer um déficit das funções cardiovasculares também deve ser considerada. Serão notadas ainda uma menor agilidade, coordenação, equilíbrio e mobilidade articular. Haverá uma maior rigidez nas cartilagens articulares, nos tendões e ligamentos devido à redução de líquido. O

comprometimento das funções hepáticas e renais também estará presente (GUCCIONE, 2002).

Márquez e Souza (2003) descrevem que o envelhecimento produz efeitos importantes nos diversos sistemas do organismo, que por associação destes favorecem o surgimento de processos mórbidos dolorosos, sendo comum a conjuminância de mais de um tipo de doença nos pacientes geriátricos e, conseqüentemente, comum a utilização de vários medicamentos em idosos.

As síndromes dolorosas estão entre as principais condições clínicas que acometem o idoso. A dor, freqüente em todas as fases da vida, apresenta importância para o idoso na medida em que é nesta faixa etária que aumenta a freqüência das doenças incapacitantes crônicas e/ou degenerativas, que podem limitar as atividades do idoso. A dor age, neste cenário, como um catalisador da piora da QV do paciente geriátrico (MÁRQUEZ; SOUZA, 2003).

Para Herman e Scudds (2000), a prevalência de determinados diagnósticos e dos respectivos padrões em relação à dor parece modificar-se com o avançar da idade. Destacam também a presença das comorbidades como sendo um agravante da diminuição das atividades de vida diária (AVD) desenvolvidas nesta faixa etária, fato este que pode contribuir para o aumento da dor.

O comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), conceitua a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais” (MERSKEY et al., 1979, p.45). Teixeira (1990) situa a dor como “dimensão sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitivo-avaliativa que interagem entre si na percepção e nas reações frente à sua ocorrência”. Mediante tais descrições, Barr (2002) comenta sobre as orientações práticas da *American Geriatrics Society*

(AGS, 1998), sobre a importância de se avaliar a dor na terceira idade, “é crucial que a dor seja avaliada com exatidão”.

Para Helme e Kartz (1993), a dor não é característica de determinada faixa etária. Portanto, os princípios que regem o exame da dor são os mesmos para as pessoas jovens e idosas. Os fatores que a determinam são variados, apresentando desde alterações físicas até as emocionais, onde a solidão aparece como um dos achados desencadeantes da mesma.

Na tentativa de documentar de forma mais objetiva as experiências algicas dos pacientes, desenvolveram-se numerosos instrumentos de avaliação da dor, sendo que alguns são particularmente relevantes para a população idosa (BARR, 2002). O questionário da dor de McGill (1987) é provavelmente o mais conhecido dos instrumentos multidimensionais para mensuração da dor. O questionário inclui um diagrama corporal para as informações relacionadas com a localização da mesma. As qualidades sensoriais, afetivas e de avaliação da experiência dolorosa são avaliadas por meio de um índice de quantificação da dor com base nos descritores existentes (BARR, 2002).

Outro importante instrumento utilizado para mensuração da dor é a Escala Visual Analógica de Dor (EVA), idealizada por Scott e Huskisson (1976) e reproduzida por Chapman e Syrjala (1990). Essa escala consiste em uma linha de 10cm, com âncoras verbais de “ausência de dor”, à esquerda e “a pior dor possível”, à direita. Quando a escala é orientada no plano horizontal, ou ainda, seguindo a mesma temática, só que disposta na vertical, a linha de 10cm fica similar a um termômetro, onde o paciente irá assinalar com um traço o que corresponde a sua “ausência de dor” ou “a sua pior dor possível”. A parte alta corresponde “a pior dor possível” e a parte baixa da linha correspondendo a “ausência de dor”. No entanto, o essa escala é considerada um instrumento unidimensional para avaliação da dor (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

Gagliese e Melzack apud Barr (2002), defendem que a avaliação abrangente da dor deve incluir medidas multidimensionais e.g., Questionário de Dor de McGill e unidimensionais e.g., Escala Visual Analógica de Dor, pois cada uma delas revela uma parte importante da experiência dolorosa total.

No entanto, vários estudos trazem a necessidade de adequação dos instrumentos de avaliação da dor à população analisada, fato este que dificultaria a inclusão de mais de um instrumento em pesquisas, tendo em vista o grupo analisado e até mesmo pelo fato das limitações impostas pelos avaliados serem determinantes na escolha destes (SHIGUEMOTO, 2004).

Um importante instrumento utilizado na mensuração da dor de crianças e idosos tem sido a escala de faces ou escala de expressões faciais, instrumento este composto por seis expressões faciais, as quais representam a dor sentida pelo entrevistado, possuindo uma numeração de zero a cinco em cada uma das faces, as quais possuem descritores para a determinação de sua intensidade. Neste caso, o zero equivale a “feliz sem dor”, e o cinco, equivale “à dor que machuca mais do que se possa imaginar” (TEIXEIRA; PIMENTA, 2001).

Pensando-se no desenvolvimento crescente e no aumento da expectativa de vida da população mundial, torna-se uma preocupação atual criar mecanismos de melhora na QV de idosos, uma vez que se tem grande conhecimento das alterações biofisiológicas nesta faixa etária.

A análise dos resultados obtidos em estudos junto a esta população nos é fornecedor de subsídios que fortalecem a ação de determinados profissionais da saúde e intensifica também o propósito interdisciplinar muito discutido no início deste século.

Destaca-se ainda a relevância deste trabalho, pelo fato do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004), relatar em seus capítulos os direitos dos idosos à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte ao lazer, à assistência social e a uma

política de atendimento articulado através de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados e dos Municípios.

O Estatuto do Idoso, Parecer nº 1301, art. 2º Brasil (2004, p. 15), estabelece que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade; e ainda, em parágrafo único, a garantia de prioridade compreende: III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso.

A inexistência de estudos epidemiológicos sobre a dor, entre os idosos de Campo Grande, também sustenta a realização do presente trabalho.

# 1 Terceira Idade

## 1.1 Conceito

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a terceira idade é considerada a partir de sessenta anos, quando então há necessidade da pessoa receber mais atenção, ante as transformações fisiológicas que começam a se acentuar. A legislação brasileira acompanhou a orientação da citada entidade estipulando o mesmo limite inicial de idade (art.2º, Lei 8.842, de 04.01.94).

Duthie (2002, p. 03) define terceira idade “como sendo aquela com 60 anos ou mais” e define a medicina geriátrica como um “ramo da medicina que se preocupa com o processo de envelhecimento, prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde do idoso, e com as condições sociais e econômicas que afetam a saúde dos mesmos”.

A terceira idade pode ser definida ainda sob vários aspectos. Além, é claro, dos aspectos numéricos, podem ser considerados outros fatores, tais como: a independência funcional do indivíduo nas diversas faixas etárias, sua condição social e os aspectos relativos à Qualidade de Vida familiar e individual e as condições espirituais do ser humano (REBELLATO, 2004).

Guccione (2002) destaca que outro aspecto a ser levado em consideração é a própria opinião dos indivíduos de determinada faixa etária em relação a como ele se define ou se sente no contexto da experiência que adquiriu e das suas expectativas em relação ao futuro. No entanto, o que parece ser fundamental, independente da preferência utilizada para responder a essas questões ou mesmo das próprias respostas geradas, é entender a razão que preside comportamentos e ações tão distintas de indivíduos e instituições em relação a um



grupo de sujeitos, a partir do momento em que eles são categorizados, definidos e reconhecidos como pertencentes a uma faixa etária mais avançada.

Albuquerque (2005) destaca que três aspectos devem ser observados dentro do processo de envelhecimento e ingresso na terceira idade e conseqüente definição para tal, e.g., 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 assim o caráter social e histórico envolvido neste.

## **1.2 Aspectos Biológicos do Envelhecimento**

As discussões sobre o processo de envelhecimento envolvem, além de várias manifestações, o acúmulo de doenças crônicas. Mas como separar as alterações provenientes apenas do processo de envelhecimento fisiológico das alterações advindas de seqüelas de diversos processos patológicos? Por que determinados indivíduos envelhecem mais rápido que outros? Como adultos sadios se tornam idosos frágeis? Por que, mesmo tendo boa QV durante a fase adulta, nos tornamos mais vulneráveis a certas doenças quando envelhecemos? Estas são algumas questões que a comunidade científica dedicada ao assunto tem levantado ultimamente e, para tentar responder a elas, recorre-se a teorias e suposições diversas, conflitantes ou até mesmo complementares, tendo assim, o conhecimento do processo de envelhecimento extrema importância para a elucidação da fisiologia e da anatomia do mesmo (LUSTRI; MORELLI, 2004; CLEARY; HOWELL, 2006).

As alterações da idade que caracterizam a senescência são facilmente observáveis ou mesmo sentidas por todos nós, mas os mecanismos biológicos que concorrem para o seu

desenvolvimento permanecem, em grande parte, desconhecidos “... o envelhecimento é um processo geneticamente programado que vai do nascimento à morte” (VANDERVOORT, 2000, p. 76).

Várias são as teorias que tentam explicar o mecanismo da gênese do envelhecimento celular. No entanto, nenhuma delas conseguiu sucesso em tal procedimento, o que demonstra a dificuldade de entender na íntegra este processo. Acredita-se que o envelhecimento seja um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que podem determinar maior vulnerabilidade e, como conseqüência, aumento da incidência de doenças e morte (GUCCIONE, 2002).

Dentre as várias teorias que descrevem os mecanismos básicos para explicar o envelhecimento podem ser citados alguns modelos, como o modelo genético, que tenta expor o fenômeno da senescência como decorrente de erros no material genético durante o desenvolvimento celular, em que os mecanismos de reparo, embora existentes, não corrigem os erros ou o fazem de maneira ineficiente, reprimindo a função de tais genes. Outra teoria relacionada com o modelo genético é a teoria da mutação somática, que propõe que os genes mutantes, por sua dominância, seriam propagados durante o ciclo celular (LUSTRI; MORELLI, 2004).

O envelhecimento biológico leva à diminuição das reservas funcionais do organismo. A redução da funcionalidade é observada em todos os aparelhos e sistemas: musculoesquelético, nervoso central e periférico, cardiovascular, pulmonar, endócrino e renal. Porém, a velocidade e a extensão desse declínio variam muito entre os diversos tecidos e funções, como também de um indivíduo para outro (PEREIRA; FILHO, 2001).

### 1.2.1 Alterações Biológicas do Sistema Músculoesquelético

Compreender o processo de envelhecimento nas estruturas músculoesqueléticas é situação de extrema importância para a atuação fisioterapêutica no âmbito não só curativo, mas principalmente preventivo. Com o envelhecimento, há uma redução nas capacidades de reserva do aparelho locomotor pela perda de células capazes de funcionar normalmente (PEREIRA; FILHO, 2001).

Ocorrem alterações nos músculos, nos ossos e nas articulações, que repercutem tanto na estrutura morfológica como na mobilidade e conseqüentemente interferindo nas atividades da vida diária (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2001; MORIMOTO et al., 2006).

A perda de tecido ósseo ocorre de maneira diferente no homem e na mulher. Na mulher não há perda óssea significativa antes da menopausa, porém após este fenômeno, o processo é mais intenso do que nos homens originando uma perda geral de massa óssea denominada de osteopenia. Isto pode ser observado quando se analisa a densidade óssea, tanto no tecido compacto como no esponjoso (FILHO; NETTO, 2000).

Nas articulações sinoviais, que possuem espaço articular e possibilitam o movimento, importantes alterações ocorrem nesta estrutura à medida que o organismo envelhece. Com o envelhecimento, ocorre alteração, especialmente na camada superficial denominada de cartilagem articular: o número de células, a água e as proteoglicanas diminuem, enquanto as fibras colágenas aumentam em número e espessura. Como conseqüência, a cartilagem fica mais delgada e surgem rachaduras e fendas na superfície (FILHO; NETTO, 2000; LUSTRI; MORELLI, 2004).

Algumas alterações clássicas também ocorrem nas articulações intervertebrais. Com o envelhecimento a água e as proteoglicanas diminuem no núcleo pulposo do disco intervertebral, enquanto as fibras colágenas aumentam em número e espessura. No anel

fibroso, ocorre um adelgaçamento das fibras colágenas e a associação destes fatores faz com que o disco intervertebral do idoso diminua em espessura, aumentando assim as curvaturas fisiológicas da coluna vertebral, em especial a do dorso torácico, dando o aspecto característico cifótico. Além do que, determina a redução da amplitude de movimento e conseqüente contato entre vértebras, iniciando um processo artrósico (LUSTRI; MORELLI, 2004).

O envelhecimento é o responsável também por algumas alterações fisiológicas no sistema neuromuscular que levam a um decréscimo da força muscular e conseqüente decréscimo da função muscular, aumentando assim, a perda da densidade óssea mineral, o número de quedas e de fraturas ósseas (DAVINI, 2003).

Na metade da segunda década de vida, inicia-se uma progressiva e continua perda de massa muscular esquelética, e a maior parte dessa perda é substituída por colágeno intersticial no músculo do idoso (DAVINI, 2003).

À medida que a massa muscular decresce, o mesmo acontece com a força máxima, que cai cerca de 50% entre 20 e 80 anos de idade. A quantidade de força muscular perdida com o envelhecimento também depende da atividade física. A taxa de perda é menor naquelas pessoas que mantêm um regime regular de atividade física (GUCCIONE, 2002; LUSTRI; MORELLI, 2004).

Pereira e Filho (2001) descrevem que a diminuição da força muscular, resistência e velocidade vistas no processo do envelhecimento, denominada de sarcopenia, deve-se a uma correspondente diminuição do tamanho, área de secção transversa do músculo e número das fibras musculares do tipo II (contração rápida), uma diminuição das atividades enzimáticas neuromusculares e uma diminuição, porém em menor escala, das fibras musculares tipo I (contração lenta), relacionadas à resistência.

Tal situação pode explicar a diminuição da velocidade de movimento e da qualidade da contração muscular apresentada pelos idosos, fato este que pode estar relacionado ao maior número de acidentes como e.g., as quedas e instabilidades (LUSTRI; MORELLI, 2004).

### **1.2.2 Alterações Biológicas do Sistema Nervoso**

As alterações no sistema nervoso incluem mudanças de comportamento, falta de memória, principalmente para os fatos mais recentes, e distúrbios do sono (RODRIGUES; DIOGO, 2002).

Do ponto de vista biológico, os problemas do idoso são predominantemente de ordem neurológica, tanto no processo fisiológico normal do envelhecimento, quanto no envelhecimento patológico. O déficit neurofuncional ocorre pelo fato de que os elementos neuronais do tecido nervoso não dispõem de capacidade reparadora, ou seja, são unidades funcionais pós-mitóticas desprovidas de atividade reprodutora e, conseqüentemente, estão sujeitas aos agentes moleculares do envelhecimento. A impossibilidade de reprodução dos neurônios diferencia estas células das demais células dos sistemas orgânicos (PEREIRA; FILHO, 2001).

O sistema biológico mais comprometido com o processo de envelhecimento é o Sistema Nervoso Central (SNC), responsável pela vida de relação (sensações, movimentos e funções psíquicas) e pela vida vegetativa (funções biológicas internas) (PEREIRA; FILHO, 2001).

Com o avançar da idade o peso e o volume do cérebro diminui, isso ocorre devido à atrofia cerebral, perda neuronal, diminuição do fluxo sanguíneo e do metabolismo cerebral, causando em contrapartida aumento volumétrico dos ventrículos encefálicos. Esta perda

caracteriza-se por não ser uniforme, aos 90 anos o encéfalo apresenta peso aproximadamente 10% menor que aos 30 anos.

Todas essas modificações do sistema nervoso influenciam na personalidade dos idosos. Elas podem também explicar certas perdas de memória e até serem relacionadas com o surgimento de patologias neurológicas na terceira idade (FILHO; NETTO, 2000; GUCCIONE, 2002; LUSTRI; MORELLI, 2004).

Para Cohen (2001), as alterações do SNC associadas ao envelhecimento podem estar associadas à morte celular, atrofia neuronal e perda de substância branca causada pela morte axônica ou da degeneração da mielina. A degeneração mielínica levaria à diminuição na velocidade de condução neuronal e à dificuldade de processamento em regiões do córtex cerebral onde a velocidade de condução é muito importante. Com o passar do tempo a ausência de estímulo neuronal acarretará atrofia ou morte celular.

### **1.2.3 Alterações Biológicas do Sistema Cardiorrespiratório**

O envelhecimento também promove alterações no sistema cardiorrespiratório, que vão desde alterações nos vasos, no músculo cardíaco, nas válvulas cardíacas, bem como na caixa torácica e no pulmão. Os sistemas respiratório e cardiovascular estão intimamente relacionados, portanto, uma mudança em um deles influi diretamente sobre o outro (RODRIGUES; DIOGO, 2002).

Todas as estruturas relacionadas à respiração alteram-se com o envelhecimento. Verifica-se uma diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais de oxigênio ( $pO_2$ ) e de gás carbônico ( $pCO_2$ ) no sangue (NETTO, 2002).

Ruipérez e Llorente, (2001) relatam que, com o envelhecimento, a redução da função pulmonar altera a capacidade de defesa do pulmão, que se torna mais vulnerável. Na cavidade

torácica, a mobilidade vai diminuindo, com limitação da expansão inspiratória devido à debilidade muscular e ao “encurvamento” progressivo da curvatura torácica da coluna vertebral, associado às alterações articulares e à calcificação das cartilagens costais. O aumento do lúmen, a diminuição dos cílios e do seu movimento, o aumento do tamanho das glândulas brônquicas de muco e a diminuição do reflexo da tosse reduzem as trocas de ar, que permanece acumulado no pulmão; ocorre então o aumento das secreções que acabam por dificultar a expectoração.

Com o passar dos anos, há um comprometimento tanto fisiológico quanto imunológico dos pulmões, sendo o produto final um declínio funcional ventilatório, que leva às obstruções das vias aéreas, sintomáticas após alguns anos. Esta obstrução pode ser explicada pela associação da idade com o acúmulo de lesões inflamatórias (PEREIRA; FILHO, 2001).

O controle da respiração também está alterado no idoso, mais as respostas a hipóxia e hipercapnia das frequências ventilatórias e cardíacas diminuem com a idade.

A pessoa idosa não treinada pode ficar reduzida em 60-80 litros de ventilação por minuto, o que corresponde a quase a metade da ventilação do adulto jovem. Felizmente parece que os diversos elementos da função pulmonar, abrangendo a ventilação, difusão e perfusão, apresentam grau menor de deterioração nas pessoas da terceira idade que permanecem fisicamente ativas (PEREIRA; FILHO, 2001).

Já em relação ao coração, a primeira mudança importante que pode acontecer ao envelhecer é a diminuição da capacidade máxima pela perda de eficácia e de contratilidade do músculo cardíaco. A presença de catecolaminas e outras enzimas provoca uma diminuição da força das contrações cardíacas que baixa de 30 a 40% entre os 25 e os 65 anos, isto é, cerca de 1% ao ano. No entanto, esta redução da capacidade cardíaca não perturba o estado de saúde do idoso, visto que todas as outras funções metabólicas estão também diminuídas (DUTHIE; KATZ, 2002; GUCCIONE, 2002; LUSTRI; MORELLI, 2004; MORIMOTO et al., 2006 ).

O débito cardíaco sofre progressiva redução com o envelhecimento. Porém, as alterações de fluxo sanguíneo não são homogêneas para todos os sistemas. Enquanto o fluxo plasmático renal se reduz em 50% aos 70 anos, o fluxo cerebral declina apenas 20% (FILHO; NETTO, 2000).

A avaliação da reserva funcional do aparelho cardiovascular do idoso é bastante limitada (50%) em comparação a faixa etária dos 20 anos. Isto se deve principalmente as alterações estruturais do miocárdio, reduzindo o volume sistólico máximo e declínio da frequência cardíaca máxima, o que resulta em nítida limitação dos dois principais mecanismos de adaptação a uma maior solicitação hemodinâmica (FILHO; NETTO, 2000).

Vandervoort (2000) relata que as alterações da idade avançada resultam em diminuição da capacidade de reserva funcional, afetando, portanto, a tolerância aos esforços. O volume de ejeção diminui, pois parece estar ligado ao enrijecimento das paredes cardíacas. Com o aumento da idade, as paredes arteriais tornam-se mais rígidas e a resistência do leito vascular periférico ao fluxo sanguíneo aumenta. Esse aumento de resistência se traduz por aumento da pressão arterial que acompanha a velhice.

#### **1.2.4 Alterações Biológicas do Sistema Renal**

O fluxo sanguíneo renal diminui, com perda importante da maioria das funções renais, o que faz com que os rins dos idosos fiquem mais suscetíveis, podendo múltiplas situações deteriorar gravemente a função dos mesmos. Altera-se a capacidade de concentração e diluição da urina, quando se submete o idoso a privação ou sobrecarga de água. Isto implica maior repercussão, uma vez que a sensação de sede está deprimida no idoso. Como muitos fármacos são eliminados por esta via, os níveis podem estar aumentados no sangue, com



prováveis efeitos tóxicos secundários (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2001; MORIMOTO et al. 2006).

A arteriosclerose renal diminui o aporte sanguíneo a estes, reduzindo assim as funções renais e o número de néfrons em estado funcional. Mesmo que os rins tenham perdido a sua capacidade de substituir os néfrons, eles continuam a funcionar normalmente. A filtração glomerular diminui 46% entre os 20 e 90 anos e o aporte sanguíneo diminui 53%, o que constitui um mecanismo de adaptação normal. A filtração tubular diminui também e dificulta a *clearance* renal (coeficiente de depuração pelos rins) que é reduzida em 50% após os 50 anos (LUSTRI; MORELLI, 2004).

### **1.2.5 Alterações Biológicas do Sistema Endócrino**

No sistema endócrino, a produção de hormônios de maneira geral diminui com o avançar da idade e as mudanças são variadas, sendo que a mais drástica ocorre na menopausa nas mulheres. Entretanto vale ressaltar que, associado a isso, ocorrem alterações na capacidade de adaptação do organismo a novas situações (RODRIGUES; DIOGO, 2002).

Para Pickles et al. (2000), as alterações hormonais implicam no surgimento de algumas doenças na terceira idade, tais como a Osteoporose (perda de massa óssea) que se manifesta mais intensamente nas mulheres devido à redução aguda da produção do estrogênio no período pós-menopausa. Este hormônio tem função osteoprotetora e sua ausência contribui com o desequilíbrio osteoblástico e osteoclástico, levando, assim, ao surgimento desta patologia.

Um outro fator que contribui para a osteoporose senil é a diminuição da atividade da 1 $\alpha$ -hidroxilase renal (responsável pela formação de vitamina D ativa) em resposta ao paratormônio ou hormônio paratireóide (PTH), quando ambos se encontram reduzidos. O

sistema endócrino PTH – vitamina D, assegura a concentração de cálcio adequada para o organismo (SKARE, 2000).

Filho e Netto (2000) relatam que a incidência de microadenomas na hipófise mostra incidência aumentada com a idade. Ocorrem em cerca de 10% a 15% dos casos. Cerca de 20% são detectáveis através de tomografia computadorizada. Desta forma, nas supra-renais, a incidência de nódulos corticais aumenta com a idade. Entretanto, o mais importante neste caso não é a idade, mas sim o tamanho do nódulo. É discutida ainda a viabilidade destes serem reconhecidos através da tomografia computadorizada.

### **1.2.6 Demais Alterações Biológicas na Terceira Idade**

Além das alterações já enumeradas e descritas, não se deve esquecer das alterações hematológicas, oncológicas, otológicas, oftalmológicas, cutâneas, orais e dentárias, gastroenterológicas, uroginecológicas e da sexualidade, da glândula prostática e do sono, presentes nos idosos, uma vez que tais comprometimentos influem no dia-a-dia destes e na sua Qualidade de Vida, pois são fatores determinantes de uma boa condição de vida e saúde para qualquer idade (DUTHIE; KATZ, 2002).

### **1.2.7 Doenças Crônicas na Terceira Idade**

É preciso deixar claro que o envelhecimento por si só não é uma doença e que a maior parte das pessoas idosas não tem uma saúde debilitada. O envelhecimento está acompanhado de mudanças físicas e assim incrementa a possibilidade de desenvolver doenças crônicas (SANFONS, 2000).

Embora muitos ainda associem o passar dos anos ao acúmulo de doenças, entendendo que invariavelmente teremos que conviver com inúmeros problemas de saúde e limitações com o avançar da idade, os atuais conceitos científicos demonstram que o processo natural de envelhecimento não é um fator impeditivo para a maioria das atividades cotidianas de um adulto em qualquer idade, e que as verdadeiras responsáveis pelas deficiências e disfunções atribuídas à velhice são as doenças, que podem ser prevenidas ou tratadas eficientemente na maior parte das vezes (GUCCIONE, 2002).

Segundo Pereira e Filho (2001), algumas das patologias mais comuns com o avançar da idade são:

- Doenças ateroscleróticas cerebrovasculares e cardiovasculares, resultando em Infartos Agudos do Miocárdio (IAM), demência por múltiplos infartos, aneurismas de aorta abdominal e doença vascular periférica;
- Doenças do sistema de condução cardíaca, levando a bloqueios variáveis;
- Demência senil do tipo Alzheimer;
- Polimialgia reumática;
- Diabetes melito tipo II e coma hiperglicêmico não cetótico;
- Câncer, especialmente do cólon, próstata, pulmão, mama e pele;
- Úlceras de decúbito;
- Tuberculose;
- Degeneração macular, catarata e glaucoma;
- Surdez;
- Mieloma múltiplo, mielodisplasia e mielofibrose;
- Obstipação intestinal, fecaloma, incontinência fecal;

- Osteoartrite, estenose vertebral, osteoporose, fratura de quadril, gota e pseudogota e doença de Paget;
- Doença de Parkinson;
- Depressão e suicídio;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC.

### **1.2.8 Alterações Psicosociais da Terceira Idade**

Assim como já descrito anteriormente, Stella, Pacheco e Sé (2004) destacam, também, que a terceira idade não deve ser associada a doenças. Porém, quando agregada a uma Qualidade de Vida (QV) desfavorável, pode acarretar ao idoso, antecipadamente, um conjunto de doenças crônico-degenerativas, dentre elas podendo destacar-se as enfermidades neuropsiquiátricas onde a depressão, a demência, os distúrbios de comportamento e sintomas psicóticos apresentam grande prevalência.

Stella, Pacheco e Sé (2004) colocam ainda a importância do diagnóstico neuropsiquiátrico para o planejamento das intervenções, bem como a importância da integração das diversas áreas do conhecimento e de diferentes campos profissionais como facilitador da intervenção efetiva ao tratamento destas manifestações em idosos, proporcionando assim orientações e apoio aos cuidadores, visando uma melhoria da QV do paciente, da família e do próprio cuidador.

### 1.3 Política Nacional de Assistência Social ao Idoso

A Lei nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, em seu capítulo IV, intitulado “Das Ações Governamentais”, artigo 10, descreve as competências dos órgãos e entidades públicas na área de promoção e assistência social. Cabe ressaltar o estabelecido no inciso I, alíneas “a” e “b” desse artigo: “I – na área de promoção e assistência social.

a) “prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais”; b) “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros”;

É pertinente destacar também o conceito de modalidade asilar e não-asilar, bem como seus objetivos, como forma de esclarecer as ações pertinentes a essa modalidade de atendimento. Para tanto, o Decreto nº 1.948, de 03 de Julho de 1996, que regulamenta a Lei n 8.842, de janeiro de 1994, estabelece:

“Art 3º Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”.

A Lei n 8.842 destaca ainda que “a assistência na modalidade asilar ou de longa permanência ocorre no caso de inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família”.

Neste caso o objetivo desta modalidade assistencial visa garantir aos idosos, em estado de vulnerabilidade, serviços de atenção biopsicosocial, em regime integral, de acordo

com as suas necessidades, priorizando sempre que possível, o vínculo familiar e a integração comunitária.

Já o artigo 4º do Decreto nº 1.948, de 03 de Julho de 1996, dispõe sobre a modalidade não-asilar de atendimento ao idoso e apresenta as respectivas denominações:

I – “Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;”

O objetivo do referido dispositivo legal é promover o encontro de idosos e de seus familiares, através do desenvolvimento de atividades planejadas e sistematizadas, que possibilitem a melhoria do seu convívio com a família e a comunidade.

II – “Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia – local destinados à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;”

Tem como objetivo prestar atendimento de atenção aos idosos nas áreas de assistência, saúde, fisioterapia, psicologia, atividades ocupacionais, lazer e apoio sócio-familiar, de acordo com as necessidades dos usuários, visando à melhoria de sua Qualidade de Vida e integração comunitária.

III – “Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;”

Possui como objetivo propiciar aos idosos condições de moradia de acordo com suas condições econômicas, proporcionando ainda maximizar a economia do idoso por maior tempo possível.

IV – “Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;”

V – “Atendimento Domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades de vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;”

Tem por objetivo prestar, no próprio domicílio, atendimento ao idoso dependente e semi-dependente, otimizando recursos humanos e materiais da rede de serviços local, tendo ainda como meta reforçar a capacidade do idoso, para sua integração em atividades culturais, vocacionais e lúdicas, preservando o vínculo familiar e a integração comunitária. Objetiva ainda reforçar os vínculos familiares e sociais, recuperar capacidades funcionais perdidas para as atividades de vida diária e prestar atendimento especializado de saúde.

VI – “Outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade”.

De acordo com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, a política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Estas entidades ficam ainda sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e do Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2004).

## **2 DOR**

### **2.1 Evolução dos Conceitos sobre a Dor.**

A dor sempre foi uma das grandes preocupações da Humanidade. Desde os primórdios dos seres humanos, conforme sugerem alguns registros 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 desta se tratar de um 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 (JAROS, 1991; REY, 1993).

Estes mesmos autores relatam que o homem primitivo apresentava inúmeras dificuldades para o entendimento e ocorrência da dor. Imaginava que esta existiria fora do corpo e que o invadisse como uma força verdadeira. Associava a dor a lesões acidentais, mas não justificava ou não compreendia a razão da dor decorrente de doenças sediadas no interior do corpo. Nesta época os tratamentos eram embasados em observações feitas em animais, os quais se banhavam no barro como estratégia para se protegerem de picadas dos insetos. Já na Antiguidade a aproximadamente 3.500 a.C, a dor era considerada um ataque à pessoa, punição para uma falta ou resultado da atuação de demônios ou de deuses e, eventualmente, dos inimigos do homem. As doenças eram diagnosticadas e o prognóstico estabelecido por intermédio de adivinhações. O exorcismo era uma forma de tratamento praticado pelos sacerdotes.

Assim como os egípcios, os hindus imaginavam que a dor era sentida no coração, o



qual seria o centro da consciência e teria a função de experienciar a dor e o prazer. Durante aproximadamente quatro séculos os trabalhos dos egípcios e dos gregos foram esquecidos pela civilização romana, até que foram recuperados por Galeno (131 – 200 d.C.) que nasceu em Pérgamo, Grécia, e viveu em Roma quando exerceu profunda influência no pensamento médico romano e mundial, durante 1.500 anos. Galeno teve grande experiência com a dissecação animal (macacos, porcos, gatos), desenvolveu um importante trabalho sobre a fisiologia da sensibilidade, estabeleceu a importância do sistema nervoso central e periférico no processamento das funções sensitivas, além de determinar a anatomia dos nervos cranianos, espinhais e das cadeias sinápticas. Concluiu que o cérebro era o centro destas sensações, incluindo a dor, sendo esse órgão conectado por muitos nervos a outras partes do corpo (WIROTIUS, 1999; BONICA; LOESER, 2001).

Durante a idade média os conceitos greco-romanos foram preservados e constituíram a base do desenvolvimento científico realizado pelos arabistas, ou seja, pensadores e médicos islâmicos, persas, cristãos, judeus e de outras origens, que viveram em países muçumanos. O diagnóstico era baseado nos seis parâmetros dos gregos e dos romanos, sendo eles: o comportamento, excretas, outras secreções do corpo, edema, pulso e a localização da dor. A dor teria prognóstico e indicaria as estruturas acometidas. Outros “pesquisadores” passaram também a considerar o cérebro como órgão responsável pela função sensitiva, especialmente após o trabalho de Alberto Magno que localizou o *sensorium commune* no ventrículo cerebral anterior (WIROTIUS, 1999).

Os arabistas foram os responsáveis pelo estabelecimento das ciências farmacêuticas e químicas, incluindo o uso de elementos naturais, tais como os minerais, vegetais e animais, tornando bastante volumosa a farmacopéia árabe. Os métodos de extração e preparação de medicamentos receberam atenção especial e as técnicas arabistas de destilação, cristalização, solução, sublimação, redução e calcinação foram assimiladas nas farmácias. A farmacopéia

medieval para aliviar a dor e curar várias anomalias incluía o uso de grande número de remédios populares. Havia pouca discriminação sobre as reais virtudes das plantas e quanto ao seu emprego e manejo (REY, 1993; WIROTIUS, 1999).

Durante o período Renascentista, século XVI, ocorreram grandes avanços nas áreas da química, da física, da fisiologia, da anatomia e especialmente do sistema nervoso. Neste período foram adotados novos métodos científicos e a fisiologia superou a imaginação, o que resultou em progressiva melhora dos conhecimentos sobre o manejo dos doentes com dor. Leonardo da Vinci (1472 a 1519 d.C.) realizou importante trabalho na área da anatomia dos ventrículos cerebrais, atribuindo-lhes o centro das sensações. Considerava os nervos como sendo estruturas tubulares e que a sensibilidade dolorosa estaria relacionada à sensibilidade tátil. Tendo como base os trabalhos de Andréas Vesalius e as descrições de da Vinci, passou-se então a considerar que o cérebro era o centro das sensações e os nervos estruturas tubulares que conduziam estímulos a este órgão. A farmacopéia, nessa época, foi enriquecida com o descobrimento da América, que possibilitou a chegada ao continente europeu de inúmeras ervas curativas e paliativas, dentre elas a coca (BONICA; LOESER, 2001; REY, 1993; WIROTIUS, 1999).

No século XVII, a dor passa a ser considerada como uma percepção da alma, através da ação de objetos externos sobre o corpo ou em seu interior. No primeiro caso a dor estaria ligada ao tato, uma das cinco sensações externas, enquanto que as sensações internas compreenderiam os apetites naturais (fome, sede, etc) e os sentimentos (alegria, tristeza, amor, raiva, etc) (REY, 1993; WIROTIUS, 1999).

A percepção gerada pela estimulação direta do corpo, como o calor ou a dor, utilizaria vias diferentes das produzidas por objetos internos; a sucessão das sensações determinaria se a sensação seria do interior do indivíduo ou de fonte externa. Para explicar a transmissão de uma sensação, independentemente da sua origem, considerou-se apenas o movimento, a

forma, a situação e o tamanho do corpo e situou-se o *sensorium commune*, ou ponto convergente, para todas as sensações no cérebro (BONICA; LOESER, 2001; WIROTIUS, 1999).

Nesta época, apesar das importantes contribuições nos conceitos sobre o universo, física, matemática e biologia, poucos progressos foram obtidos e observados no campo do tratamento da dor. Os médicos mantiveram perfil conservador e só muito lentamente adotavam os novos conceitos científicos. Não concordavam com os avanços da física e da química, o que fez com que muitas das atitudes terapêuticas se mantivessem estáticas ou fossem ignoradas (OJUGAS, 1999; REY, 1993).

No século XVIII, a dor e a doença passam a ser vistas como punição da natureza, por omissão de um regulamento, enquanto que a doença mental passou a ser vista como sinal de conflito entre as demandas do caráter de cada indivíduo e a coação de ordem social. Os animistas, liderados por Sathl, baseavam-se no conceito de que uma substância seria tão passiva que mesmo em atividade seria incapaz de executar qualquer função sem intervenção da alma. A dor corporal era interpretada como sinal de que a alma estaria em sofrimento. As relações entre o corpo e a alma seriam estabelecidas nestas vias e forneceriam vasto potencial para explicar a loucura. De acordo com Boissier de Sauvages, a dor seria nos indivíduos histéricos, somatização do sofrimento mental e não resultaria do desarranjo das fibras do cérebro ou da irritação espasmódica dos órgãos agindo no sistema nervoso simpático e nas funções intelectuais. Resultaria do conflito entre a perseguição livre ou voluntária da alma e dos impulsos produzidos pelos apetites naturais. A alma, envolvida na conservação do corpo, sofreria e negaria menos as necessidades urgentes. A atenção, destinada à parte doente do corpo, causaria insônia, fenômeno indissociado da dor e associado a outros fenômenos como palidez, cansaço, anorexia, fraqueza, etc (REY, 1993).

Ainda no século XVIII os principais textos da Medicina e os trabalhos de Hipócrates e Aristóteles descreviam sobre as técnicas diagnósticas, que eram fundamentadas na semiótica e na determinação nosológica das doenças e consideravam os sinais clínicos como pulso, respiração, língua, face, características da urina, etc., e os aspectos da dor quanto à localização, intensidade e natureza. Esta última era classificada como tensão, em peso, pulsátil ou em pontada. Quanto à intensidade, classificavam-se como lancinantes ou tenebrantes (REY, 1993).

Apesar do desenvolvimento observado nesta época, poucas aquisições terapêuticas ocorreram durante o referido período. Duas linhas de tratamento da dor emergiram: o uso de remédio similar à doença, ou o seu oposto provocar evacuação (sangrias, purgantes), estimulação ou relaxamento. A dor quente causada pela inflamação deveria ser tratada com o oposto, o frio; já os abscessos que causavam dor deveriam ser tratados por incisão, que acarretava dor adicional, mas necessária para a cicatrização. A “eletricidade medicinal”, usada a partir da metade do século XVIII em casos de paralisias e doenças nervosas, demonstra-se benéfica no tratamento de certas dores (REY, 1993; SION, 1999).

O fisiologista Brown-Séguard, durante o século XIX, realizou experimentos sobre os efeitos do curare, e demonstrou que a contratilidade muscular e a irritabilidade nervosa eram fenômenos distintos, e que havia especializações das funções motoras e sensitivas e que existiam também duas classes de nervos com funções e propriedades distintas. O método Walleriano possibilitou compreender a origem das fibras nervosas e das vias de projeção rostral (centrípeta) e caudal (centrífugas) da condução neural, e muito contribuiu para o avanço no conhecimento da fisiologia do sistema nervoso nesta época. A velocidade de condução dos impulsos nervosos estudados por Von Helmholtz e Flechsig pode demonstrar que a mielinização das fibras ocorre em diferentes velocidades e nos diferentes momentos da vida (BONICA; LOESER, 2001; REY, 1993).

Ainda neste período, Broca (1824-1880), Bouillaud (1796-1881), Hitzig (1838-1907), Fritsch (1838-1927) e Caton (1842-1926) descreveram a localização de áreas encefálicas especializadas no processamento de numerosas funções: além das reações motoras destinadas a evitar ou reduzir (reflexo de retirada ou defesa frente à dor), observaram que emoções violentas secundárias à dor repercutiam fisicamente de modo considerável e caracterizavam-se por modificações no ritmo e frequência cardíaca, palidez, sensação de frio, transpiração e, eventualmente, desmaios (REY, 1993).

A observação de que a dor poder-se-ia originar de muitas fontes internas, externas ou mentais e de não ter órgão específico de processamento foram razões para a preservação do conceito clássico de que seria diferente dos cinco sentidos tradicionais. A descoberta de diferentes pontos dolorosos no tegumento, o reconhecimento da existência de especialização nas vias nervosas periféricas espinais para a sensibilidade cutânea e o resultado do exame de doentes com lesões cerebrais e espinais muito contribuíram para o reconhecimento da dor como qualidade sensorial específica, como o calor e o frio. Nesta época os estudos da anatomia e da histologia propiciaram a formulação de duas teorias fisiológicas para a dor: a teoria da especificidade e a teoria do padrão de estímulos (REY, 1993).

Valleix, em 1841, questionou a origem central ou periférica da dor em casos de neuralgias e, durante o século XIX, o diagnóstico, as etiologias e o prognóstico das doenças aprimoram-se graças ao trabalho clínico, de anatomia patológica e de intervenção histológica com microscópio. Portanto, no fim deste século havia três conceitos conflitantes definidos por fisiologistas ou por psicólogos a respeito da dor: a teoria da especificidade, a teoria da intensidade e a teoria da afetividade. A teoria da especificidade era considerada uma modalidade particular do sentido do tato, segundo a qual o acionamento de vias sensitivas específicas seria responsável pelas diferentes qualidades sensoriais. Quanto à teoria da intensidade esta envolveria o sistema nervoso central, considerava haver processo cumulativo

de estímulos na medula espinhal e no cérebro sendo as sensações abolidas ou exacerbadas devido à somação central. Para a teoria afetiva era considerada a dor a sensação original e as reações psíquicas e os desprazeres o resultado da sensação apresentando assim componentes sensoriais e afetivos à mesma (REY, 1993).

No início do século XX vários experimentos foram realizados nos nervos periféricos para demonstrar a relação entre tipo de receptor, calibre da fibra, duração, frequência, velocidade e amplitude dos potenciais de ação e qualidade da experiência sensorial induzida. A estrutura e a função das células nervosas e suas fibras foram esclarecidas após as investigações de Golgi e Cajal, durante a primeira década do século XX (REY, 1993).

Até 1960 as pesquisas sobre dor eram relativamente negligenciadas pelas entidades científicas e somente alguns cientistas básicos e clínicos demonstravam algum tipo de interesse nesse campo. Ainda no início do século XX, supunha-se que as vias de projeção e de associação da dor acionavam mecanismos mentais de consciências e que estímulos relacionados a reações reflexas eram dissociados dos fatos emocionais. Durante as primeiras décadas do século XX havia suporte tanto para a teoria da especificidade como para a teoria da intensidade dos estímulos (WIROTIUS, 1999; REY, 1993).

A existência de grande número de fibras sensitivas e o fato de os estímulos intensos gerarem potências com frequência variada em uma fibra, fundamentou o conceito de que os impulsos nervosos não são veiculados com a mesma velocidade em todas as fibras e que deveriam existir fibras dolorosas especializadas. Zotterman, em 1933, defendeu que a dor primária ou aguda seria mediada por fibras mielinizadas, enquanto que a dor em peso e lenta seria conduzida por fibras não-mielínicas, fato este que justificaria os relatos anteriores (BONICA; LOESER, 2001).

A reação à dor, por outro lado, seria um mecanismo fisiopsicológico complexo, que envolveria atividade cognitiva e seria influenciada pela existência pregressa, cultural e de

vários processos que induziriam marcante variação no seu limiar (Bonica, Loeser (2001); Carneiro (2000)). Em 1965, Melzack e Wall reavaliaram as teorias da especificidade e da intensidade dolorosa e propuseram a teoria de comporta, desenvolvida em 1920 por Foerstr que, por sua vez, atribuiu-a a Brown-Sèquard. A teoria de comporta considerou a especialização fisiológica, a somação central, o padrão dos estímulos, a modulação dos potenciais e a influência dos fatores psicológicos na expressão da dor (REY, 1993).

Durante o século XX, muitos métodos foram desenvolvidos para o tratamento da dor aguda e crônica, graças à síntese de novos analgésicos e das terapias adjuvantes, medicamentosas, físicas, psicoterápicas, de reabilitação, de procedimentos anestésicos e neurocirúrgicos funcionais (REY, 1993).

Entretanto, ainda hoje a avaliação da dor ainda é matéria controversa, pois, não se desenvolveu ainda método preciso para sua mensuração. Apesar da possibilidade de se definir seus limites, a relação entre dor experimental e a observada no exercício clínico, as incapacidades, os déficits e os exames subsidiários são freqüentemente incongruentes, o que torna questionáveis os métodos das escalas e inventários desenvolvidos para avaliá-la (CARNEIRO, 2000).

A grande variedade de métodos empregados contra a dor no passado, incluindo os rituais, o uso de plantas, manipulações corporais, aplicações de calor, frio ou fricções, são ainda muito utilizados no presente. No entanto, o número crescente de profissões da área da saúde e a interação entre elas possibilitam uma gama vasta de outros recursos e métodos empregados no diagnóstico, tratamento e até mesmo no alívio da dor como sintomatologia altamente presente em diferentes situações patológicas (REY, 1993).

## **2.2 Conceito**

Dor é uma experiência vivenciada pela quase totalidade dos seres humanos e, de acordo com o Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), pode ser definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais”, e é por meio dela que a maioria das afecções se manifestam (MERSKEY, H. et al., 1979, p.250).

Baseado nesta definição, Teixeira (1990), descreve que “a dor apresenta dimensão sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa, as quais interagem entre si na percepção e nas reações frente à sua ocorrência” (TEIXEIRA, 1990, p.20).

A dor pode ainda ser definida como experiência subjetiva que está ou não associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos destes danos quanto por ambas características, sendo assim uma experiência genuinamente individual, caracterizada por uma experiência multidimensional diversificada quanto à qualidade e intensidade e modificada por variáveis afetivo-motivacionais (GRACELY; NALIBOFF, 1996; ROWBOTHAM, 2001; HUGE et al., 2006).

## **2.3 Epidemiologia**

A ocorrência de dor, especialmente a crônica, mostra-se crescente na população mundial, talvez em detrimento dos novos hábitos de vida, da maior longevidade do indivíduo e do prolongamento de sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, das modificações dos ambientes e, provavelmente, do reconhecimento de novas condições álgicas e da aplicação de novos conceitos e recursos para o seu tratamento (MAILIS; PAPAGAPIOU, 1993; HUGE et al., 2006).



Desse modo, entender como a dor se apresenta significa a possibilidade de elaborar hipóteses e elucidar questões referentes a fatores de risco, a etiopatogenia e ao seu tratamento. Permite ainda oferecer elementos para se pensar na qualidade da atenção à saúde proporcionada aos indivíduos com dor, na necessidade de investimento na formação de recursos humanos qualificados e na composição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares para trabalhar a demanda desta área da saúde (KRAYCHETE et al., 2003).

Estudos epidemiológicos têm possibilitado a análise da distribuição e dos determinantes da ocorrência de dor em populações ou grupos de indivíduos e contribuem para caracterizar a história natural das doenças quanto à instalação, duração, recorrência, complicações, incapacidades e mortalidade, constituindo ainda argumentos para a organização de programas de sua prevenção e tratamento, identificando e definindo síndromes específicas, descrevendo sobre os aspectos clínicos das doenças e das suas condições (CROMBIE; DAVIES, 1999).

Segundo Mikkelsen (1997), a Sociedade Internacional para o estudo da Dor (IASP) classifica mais de 600 condições álgicas, que compreendem 36 condições dolorosas generalizadas, 66 síndromes acometendo a cabeça e a região cervical, outras 35 para os membros superiores, 154 para a região da coluna vertebral, porções cervicais e dorsais, 136 para a região lombar, sacral e coccígea espinal e radicular, 85 para o tronco e 18 para os membros inferiores.

Já para classificar a dor como sendo aguda ou crônica o critério se mostra bastante variado e, segundo o comitê de Taxonomia do IASP, são três as categorias de dor assim descritas: durando menos de um mês; durando de um a seis meses ou durando mais de seis meses, respectivamente (TEIXEIRA et al., 2003).

Magni (1990) destaca que a dor crônica tem duração superior a um mês. Para Anderson et al. (1993), esta possui duração de três meses e Brattberg et al. (1996) descreve ter

a dor crônica duração de seis meses. No entanto, eles destacam sobre a dificuldade de se classificar condições álgicas recorrentes de curta duração.

Para Helme e Gibson (1999), a dor crônica manifesta-se com maior frequência em pessoas idosas, mas sua prevalência não aumenta após a sétima década de vida. Admite ainda que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam algum tipo de dor e que, estes frequentemente sentem dor articular, lombar, nos membros inferiores, incluindo os pés, e aparentam sentir menos dor visceral, facial, odontológica e cefaléia que os jovens.

Vários estudos demonstram 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 mais propensos a apresentar osteoartrite e fraturas, devido à osteoporose ou a outras causas. 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.g., as questões pessoais, ou ainda terem menos capacidade operacional em suas unidades nociceptivas (ARIËNS et al., 1999).

Teixeira e Figueiró (2001) apontam 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 com as questões pessoais existentes na terceira idade.

Segundo Helme e Gibson (1997, 1999), ocorre um aumento da prevalência da dor com o progredir da idade, após os 65 anos. A dor é frequente em 32 a 34%, ocasional em 20 a 25%, aguda em 6 a 7% e crônica em 48 a 55%. Nos indivíduos com 65 a 85 anos ou mais, ocorre dor na região das articulações em cerca de 50% dos casos, na região lombar em 40 a 45%, nos membros inferiores em 37 a 50%, no tórax em 7 a 9%, no segmento cefálico em 3 a 5% e em outras regiões do corpo em 4 a 7%.

Helme e Gibson (1999) relatam existir discreto aumento de lombalgia com o avanço da idade, especialmente nas mulheres. Destacam que mais de 63% das pessoas com mais de

65 anos são do sexo feminino e, após o ano de 2020, 73% dos indivíduos com mais de 85 anos serão mulheres.

A dor se mostra com maior prevalência nas mulheres e os aspectos endócrinos, culturais e de hábitos de vida parecem estar relacionados com esta preferência. A maioria dos trabalhos epidemiológicos revela que as mulheres possuem prevalência significativamente maior de dor, quando comparadas com homens na mesma faixa etária e os aspectos biológicos podem contribuir para essa diferença. Admite-se também que a dor, especialmente a enxaqueca, a orofacial, a fibromiálgica, do cólon irritável, a artrite reumatóide, a dor por esforços repetitivos e da esclerose múltipla sejam mais comuns em mulheres (TEIXEIRA; FIGUEIRÓ, 2001).

## **2.4 Classificação da Dor**

Teixeira et al. (1999, p. 90) conceituam dor como sendo “uma experiência multidimensional que envolve aspectos quantitativos e sensitivos”. Descrevem ainda que, em geral, a dor é considerada produto da nocicepção, ou seja, como sintoma da doença e destacam ser a nocicepção um processo em que um estímulo relacionado com a ativação de nociceptores é experienciado como dor. Os nociceptores são receptores nervosos, sensíveis a estímulos produzidos por agentes nocivos, principalmente aos estímulos dolorosos.

A dor pode ser classificada em aguda e crônica sendo que a dor aguda é caracterizada por um surto repentino de curta duração em consequência de uma lesão tecidual. Esta possui função biológica fundamental de alerta e proteção ao organismo contra agressões do meio externo. As causas e fisiopatologia da dor aguda normalmente são óbvias e.g., pós-traumáticas, pós-intervenções cirúrgicas, dentre outras (TEIXEIRA et al., 1999).

Já a dor crônica é aquela que persiste além do tempo para a cura da lesão causal ou é decorrente de processos patológicos crônico-degenerativos como neuropatias diabéticas, osteoartrose, osteoporose, entre outras patologias que a tornam contínua ou recorrente. A dor crônica é vaga e mal delineada, com duração de meses ou anos, devido à adaptação funcional dos sistemas neuronais.

Este tipo de dor é causa de prolongada incapacidade laborativa, de alterações das atividades físicas, do sono, do apetite e da vida afetiva (TEIXEIRA et al., 1999).

Teixeira et al. (1999) apresentam uma classificação para a dor, com seus respectivos mecanismos de ocorrência, com o intuito de direcionar os objetivos de tratamento descritos a seguir: a) dor nociceptiva: causada por receptores específicos da dor; b) neuropática: causada por danos provocados em nervos ou no trajeto dos mesmos; c) não-específicas ou variadas: causadas por mecanismos desconhecidos ou múltiplos; d) mediadas psicologicamente: causadas por fatores psicológicos que apresentam maior influência no início do surto, caracterizando-se por severidade, exacerbação e manutenção do quadro doloroso.

## **2.5 Dor na Terceira Idade**

As síndromes dolorosas são uma das principais condições clínicas que acometem o idoso. A dor, freqüente em todas as fases da vida, apresenta importância para o idoso à medida que é nesta faixa etária que aumenta a freqüência das doenças incapacitantes, crônicas e/ou degenerativas, que podem limitar as atividades do idoso. A dor age, neste cenário, como um catalisador da piora da Qualidade de Vida do doente geriátrico (MÁRQUEZ; SOUZA, 2003).

Os termos “dor crônica” e “dor persistente” são encontrados na literatura médica como sinônimos. O termo “dor crônica”, para muitos idosos, pode estar associado a imagens

negativas como sofrimento prolongado, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamento, abuso de medicamento, entre outros. O Comitê de Estudos de Dor do Idoso, da Academia Americana de Geriatria, optou pelo termo “dor persistente” por considerar que o idoso minimiza essas imagens negativas e pode favorecer a discussão da doença com o doente (BARR, 2002).

Foi estabelecido que cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, que pode resultar em vários desconfortos, inclusive dor. A osteoartrose, que exibe uma taxa elevada de ocorrência em faixas etárias mais altas, constitui provavelmente a causa mais comum de dor nessa população. As outras condições físicas que comumente resultam em dor crônica no idoso incluem câncer, osteoporose com fraturas por compressão principalmente dos corpos vertebrais, doença degenerativa do disco intervertebral, neuropatia diabética, nevralgia do trigêmeo e déficits neurológicos residuais (LUSTRI; MORELLI, 2004).

Ferrell e Ferrell (1996) descrevem que, no geral, os estudos baseados na população sugerem que a prevalência da dor aumenta com a idade, embora relatos de dor revelem uma tendência a diminuir um pouco entre os idosos. Além disso, Supiano (2002) forneceu evidências de que as sensações nociceptivas agudas a partir de estruturas corporais profundas, estão diminuídas com a idade, mas a frequência da dor crônica, a partir das mesmas estruturas, aumenta com a idade como por exemplo, um infarto agudo do miocárdio, que é menos doloroso, mas, em compensação, a angina de esforço aumenta.

## 2.6 Fisiopatologia da Dor na Terceira Idade

O envelhecimento produz efeitos importantes nos diversos órgãos e sistemas e, no entanto, estas modificações podem favorecer o aparecimento de processos mórbidos dolorosos (MÀRQUEZ; SOUZA, 2003).

Durante a fase final da vida, o ser humano é freqüentemente afetado por numerosos males simultâneos, capazes de provocar dor, resultando em redução apreciável das funções físicas e da Qualidade de Vida (HERMAN; SCUDDS, 2000).

Para Kraychete et al. (2003) o declínio progressivo das funções sensoriais é aceito como parte inevitável do envelhecimento. A modificação funcional dos receptores e a diminuição geral da velocidade dos processos de transdução parecem ser os fatores responsáveis pela deterioração funcional dos órgãos dos sentidos.

Shiguemoto (2004) relata que a presença de alterações anatômicas do sistema nervoso periférico na cútis também tem sido comprovada. Os receptores táteis apresentam acentuadas alterações de caráter degenerativo, os corpúsculos de Meissner apresentam atrofia progressiva, terminando pela redução acentuada de sua densidade neste tecido. Descreve ainda que até 90% desses corpúsculos podem desaparecer no indivíduo idoso. Aqueles que sobrevivem apresentam alterações morfológicas, adotando formas irregulares.

Outras manifestações encontradas na cútis dos idosos é a diminuição da dor provocada pelos estímulos térmicos, da sensibilidade vibratória e da capacidade de discriminação entre dois pontos. Por outro lado, verificou-se que as terminações nervosas livres apresentam grau menor de diferenciação e costumam permanecer relativamente inalteradas. É possível que a estimulação dos receptores cutâneos e das fibras nervosas contribua para adiar a atrofia desses receptores (TONE et al., 2005).

Salaffi, et al. (2005) descrevem sobre as modificações em relação à atividade e ao metabolismo dos neurotransmissores em idosos e as colocam também como capazes de afetar a modulação da dor em indivíduos desta faixa etária. Destacam também que as alterações centrais compreendem mudanças no equilíbrio entre as aminas biológicas neurotransmissoras, que participam da modulação da dor, como a serotonina e os opiáceos intrínsecos e.g., endorfinas e encefalinas.

## **2.7 Psicopatologia da Dor na Terceira Idade**

A dor é um sinal para o indivíduo de que sua integridade está sendo ou foi ameaçada e esta sensação percebida pode ser compreendida como oriunda do corpo ou somada e influenciada por aspectos psicológicos, relacionais, culturais e sociais e integrada mentalmente. Separar os fatores funcionais dos orgânicos da dor é tarefa difícil e consiste na separação do corpo da mente (GUERTZENSTEIN, 2003).

Os componentes sensitivos e emocionais da dor podem ser evidentes em casos de dor patológica e de dor experimental. A dor patológica reúne três elementos importantes: o estresse psicológico devido ao desconhecimento do significado da dor, a plasticidade do sistema nervoso central (SNC) como reação à irritação persistente e os efeitos biológicos da analgesia do estresse. A manifestação da dor de curto período, após a ocorrência da lesão, ilustra os efeitos críticos da expectativa psicológica e da adaptação biológica do corpo aos estressores agudos. Já na dor prolongada, os adaptadores biológicos falham (GUERTZENSTEIN, 2003).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2000), a dor é frequentemente predominante ou a única manifestação de ampla variedade de processos orgânicos e há muitos indivíduos que não consideram estar doente na ausência da mesma. Destaca ainda que a dor

pode ser analisada em termos psicológicos, incluindo o componente afetivo do sofrimento, o desconforto, a angústia e a tristeza.

### **2.7.1 Transtornos Psiquiátricos e Dor na Terceira Idade**

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2000), os transtornos do humor estão ligados à dor e foram diagnosticados em 30 e 87% dos doentes, sendo que a depressão foi identificada em 8 e 50% dos doentes com dor crônica. Transtornos ansiosos e.g., de pânico, ansiedade paroxística episódica, ansiedade generalizada, transtornos de estresse pós-traumático, são identificados em mais da metade dos doentes, assim como outros transtornos psiquiátricos podem constituir comorbidades nos doentes com dor e simulação.

Para Feldman (2000), os transtornos psiquiátricos associados à dor, em geral, são fatores de cronicidade e, quando não tratados e diagnosticados eficientemente, podem agravar a complexidade da assistência destinada aos doentes com dor.

## **2.8 Instrumentos Empregados na Avaliação da Dor**

Atualmente existem vários instrumentos que se propõe para a avaliação e mensuração da intensidade da dor para diversas situações patológicas, de tratamento e faixas etárias. No entanto, a mensuração de condições subjetivas apresentadas pelo ser humano, como é a dor, constitui uma condição altamente desafiante a pesquisadores envolvidos nesta temática (AUGUSTO et al., 2004).

Sabendo que a dor envolve condições multidimensionais tais como as psicológicas, afetivas e físicas, associados ou não a lesão potencial tecidual existente, Augusto et al. (2004), descrevem sobre a Escala de Quantificação Verbal como sendo o instrumento unidimensional



mais simples para a mensuração da intensidade da dor. Nesse instrumento é necessário que os pacientes identifiquem a sua dor com uma única palavra descritiva (nenhuma dor, dor branda, moderada, grave ou insuportável). Por possuir um número limitado de categorias de palavras, essa escala apresenta como principal limitação uma baixa sensibilidade para detectar pequenas alterações na intensidade da dor.

Shiguemoto (2004) descreve sobre a Escala de Quantificação Numérica, sendo que os pacientes quantificam a gravidade de suas dores em uma escala de 0 a 10 ou de 0 a 100. Nessa escala, zero indica ausência de dor e os pontos finais de 10 ou 100 representam a pior dor possível. É essencial que o paciente compreenda as definições relacionadas a esses pontos terminais. Essa escala é de fácil compreensão e o formato de 0 a 10 tem menor sensibilidade que seu congênere de 0 a 100.

Outro instrumento descrito pela literatura é a Escala Análoga Visual de Dor que consiste em uma linha de 10 centímetros com âncoras verbais típicas de "ausência de dor" à esquerda e "a pior dor possível" à direita, quando a escala é orientada no plano horizontal. Os pacientes colocam um marco vertical em um ponto da linha que corresponde à gravidade de sua dor. Essa escala também pode ser utilizada no formato de um "termômetro da dor", conforme proposto por Brodie em 1940, podendo ser mais eficaz para alguns pacientes idosos (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

A Escala Análoga de Cores descrita por Teixeira e Pimenta (2001) foi elaborada para avaliar de forma não-verbal a intensidade da dor, sendo utilizada em alguns estudos para a avaliação da dor em idosos. As várias posições da escala são marcadas por tons de vermelho, progressivamente mais escuros, que facilitam a seleção pelo sujeito de uma posição que melhor identifique a intensidade da sua dor. O escore do sujeito é dado pelo valor numérico contido no verso da escala que coincide com a posição escolhida pelo entrevistado.

Shiguemoto (2004), Teixeira e Pimenta (2001) destacam a Escala de Dor de Faces como um instrumento que mensura primariamente a intensidade da dor e, em uma menor extensão, seus componentes afetivos. Essa escala consiste no desenho de seis faces alinhadas correspondendo a sensações de dor crescentes. As faces são ordenadas de 0 a 5, da esquerda para a direita. Os entrevistados podem definir suas sensações como "feliz sem dor" (escore 0) até uma "dor que machuca mais do que se possa imaginar" (escore 5). Esse instrumento possui boa confiabilidade e validade na mensuração da dor.

Segundo Augusto et al. (2004), outra proposta que utiliza desenhos de faces é a *Facial Affective Scale* (FAS) que avalia os componentes afetivos da dor. Inclui o desenho de nove faces em uma linha, variando da expressão "muito feliz" (sem dor) até a "com muita dor" (dor mais grave). A escala original possui faces com dois centímetros de tamanho, que para o uso em idosos têm sido aumentadas para quatro centímetros. No verso da escala são impressos valores numéricos os quais variam de 0,04 (muito feliz, sem dor) a 0,97 (muita dor, dor mais grave). O escore obtido pelo sujeito é o valor numérico encontrado no verso das faces anotadas pelo entrevistado.

O Questionário de Dor de McGill, proposto por Melzack e McGill em 1975, é, provavelmente, o mais conhecido dos instrumentos multidimensionais para mensuração da dor. Nele são registrados dados referentes à localização da dor, a sua intensidade e o seu comportamento, avaliados por descritores verbais e por um diagrama corporal. Apresenta boa confiabilidade e validade. Embora confiável esse instrumento é complexo e demanda muito tempo para ser aplicado em pacientes com idade muito avançada e com outros fatores associados. Em virtude destes fatores, diversos estudos utilizaram apenas partes desse questionário. Em 1997, Pimenta e Teixeira adaptaram o questionário para a língua portuguesa em 57 pacientes portadores de dor crônica com uma média de idade de 50.1 anos, não sendo

disponibilizados ainda na literatura dados sobre a sua validação e aplicabilidade para idosos (TEIXEIRA; PIMENTA, 2001).

O *OLD CART* foi sugerido por Rousseau (1996) para a avaliação da dor no idoso. Esse instrumento avalia o início (*Onset*), a localização (*Location*), a duração (*Duration*), as características (*Character*), os fatores agravantes (*Aggravating factors*) e atenuantes (*Relieving factors*) da dor, bem como os tratamentos aplicados (*Treatments taken*), não sendo encontrados relatos de sua validação para o português.

Descrito por Augusto et al. (2004), O *Proxy Pain Questionary* (PPQ) consiste em uma escala de avaliação de três itens que avaliam a presença, a frequência e a intensidade da dor. O primeiro item possui perguntas com o formato dicotômico "sim" ou "não", e os dois outros itens são graduados em uma escala horizontal de 13 pontos, associada à descrição verbal dolorosa. O *PPQ* é administrado por intermédio de entrevista.

A Escala Funcional de Dor é um instrumento válido e sensível a mudanças no nível de dor em idosos e segundo Augusto et al. (2004), esta escala possui três níveis de avaliação assim representados: um componente numérico com valores entre zero e cinco; um componente descritivo da dor com denominações variando desde “sem dor” a “dor intolerável” e um componente funcional que possui descritores representados pelos itens “sem limitações” a “incapaz de se comunicar verbalmente devido à dor”. A dor pode ser relatada como "ausente" (escore 0), "tolerável" (escores 1 ou 2) ou "intolerável" (escores 3, 4 ou 5). O componente funcional permite que o instrumento seja mais sensível a mudanças na dor, e a correlação existente entre esse componente e o numérico permite que seja feita uma avaliação mais precisa do paciente com dor.

Augusto et al. (2004) destacam em seu estudo que apenas a escala análoga visual de dor e o questionário de dor de McGill foram adaptados e validados para a população brasileira, o que evidencia a necessidade de estudos para aprimorar não só o conhecimento

sobre a avaliação da dor na população nacional, mas também a aplicabilidade e confiabilidade destes instrumentos junto à população idosa.

## 3 QUALIDADE DE VIDA

### 3.1 Histórico e Conceitos

O termo QV tem assumido uma conotação popular para o seu emprego, tornando-se uma expressão coloquial e muitas vezes não traduzindo o seu real sentido ou até mesmo não expressando a real situação em que se encontram as pessoas para as quais este é empregado.

Minayo, Hartz e Buss (2000) identificam a expressão QV como uma polissemia, pois assume vários sentidos, podendo indicar bem-estar pessoal, posse de bens materiais, participação em decisões coletivas, dentre outras situações.

Souza (2004) destaca que desde a primeira vez em que se empregou a terminologia QV até os dias atuais, muito se modificou a conotação e o emprego desta para as várias situações de vida e de pesquisas.

A primeira vez que o termo QV apareceu no banco de dados bibliográficos *Medline* foi em 1966, no *Sociological Abstracts* em 1964 e no *Psychological Abstracts* em 1931. Desde a sua origem, esta denominação foi sofrendo especificações e diferentes pesquisadores adotaram-na para diversos temas, dentre eles a terceira idade. No entanto, o interesse pelo tema é ainda fragmentado por várias disciplinas e essa fragmentação reflete-se tanto na ausência de definições satisfatórias, por cientistas de várias filiações disciplinares, como na ausência de programas de pesquisa (NERI, 2004).

O termo QV voltado à terceira idade apareceu no *Psychological Abstracts* em 1968, no *Sociological Abstracts* em 1974 e no banco de dados bibliográficos da *Medline* em 1975. No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o interesse pela QV na terceira idade é ainda muito incipiente e fragmentado, talvez pelo fato da emergência deste, como fenômeno social, ser muito recente. Essa ocorrência parece refletir na presença de publicações

sobre o tema na base de dados *Lilacs*, que indexa a produção latino-americana e caribenha no campo da saúde, onde encontramos 1.782 referências sobre QV publicadas entre 1990 e 1999, sendo apenas sete sobre QV na terceira idade (NERI, 2004).

Nos últimos dez anos tem-se progredido muito sobre o conceito de QV, porém, sem a delimitação de uma definição única formal, com um contínuo entendimento das prioridades deste construto dentro dos seus paradigmas e com uma gama de estudos cada vez mais compreensivos, em busca de um entendimento maior sobre o tema e sua aplicabilidade (SOUZA, 2004).

Spilker (1996) menciona que devido à diversidade e mutabilidade do assunto, seria injusto limitar os autores a uma definição específica, porém aponta para a definição de QV dada por Schipper (1986) como sendo coesa em linhas gerais e destaca níveis de entendimento que a mesma apresenta, sendo estes: 1) o bem-estar como um todo; 2) o domínio global das ações humanas (isto é, aspectos físicos, psicológicos, econômicos, espirituais, sociais); 3) os componentes que envolvem cada domínio.

Para Cardoso (2001), QV “é um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual”, enquanto que Wilhelm e Déak, apud Cardoso (p. 65, 2001) descrevem que QV “é a sensação de bem-estar do indivíduo, a qual é proporcionada pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto)”.

Mc Dowell e Newell, apud Gentile (p. 67, 1991) definem QV como “a adequação das circunstâncias materiais e dos sentimentos das pessoas acerca dessas circunstâncias”. Já Birren e Dieckman apud Lawton et al. (p. 37, 1991) descrevem que QV “é um termo que se refere à avaliação das circunstâncias da vida de um indivíduo, grupo ou população”.

O conceito de QV é complexo e abrange muitas características dos ambientes social e físico, assim como da saúde e do estado interno dos indivíduos. Há dois enfoques à medida de QV: um é baseado em autopercepções subjetivas e o outro em medidas objetivas, baseadas em julgamentos externos (REBELATO; MORELLI, 2004).

Souza (2004) relata a necessidade de uma definição melhor direcionada em relação ao construto QV, a qual possa ser mensurável e apresente características evolutivas através dos tempos e destaca ainda que esta mensuração mostra-se subjetiva em dois aspectos: o primeiro, as muitas dimensões aferidas que não são, diretamente, mensuráveis fisicamente, e o segundo relacionado ao fato de ficar-se mais interessado com a visão do paciente sobre a importância de sua disfunção do que com a sua própria existência.

Albuquerque (2005, p.25) destaca que “o sistema de indicadores de QV está fundamentado em um esquema teórico de desenvolvimento baseado no homem e na satisfação da necessidade humana”. No entanto há uma evidência recente de que uma elaboração funcional da QV deve ter uma validação transcultural e que esta evidência refere-se a uma avaliação aprofundada da questão. Ao contrário de uma doença, que muitas vezes tem um tempo de início definido, a QV é uma variável contínua de toda uma vida (CARDOSO, 2001; SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

É neste sentido que Spilker (1996, p. 11) coloca a saúde como uma situação intrínseca a este conceito. Uma possibilidade é basear este modelo na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): ‘Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade’.

Segundo Fleck (1997), a OMS traz que a saúde não é o centro da Qualidade de Vida e portanto avaliar QV é avaliar dimensões. A OMS (1994, p. 20) através de seu Grupo de Qualidade de Vida, trouxe como definição: “QV é a percepção do indivíduo de sua posição na

vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Isto denota que a QV se refere a uma avaliação subjetiva, a qual inclui tanto as dimensões positivas como as negativas, vivenciadas dentro de um contexto cultural, social e ambiental (SOUZA; GUIMARÃES, 1999; WARE; GANDEK, 1994).

Já o *Centre of Health Promotion* do Canadá (1996) conceitua QV como o grau em que uma pessoa desfruta as importantes possibilidades de sua vida, onde as possibilidades são os resultados das oportunidades e dos limites na vida de cada um e refletem a interação de fatores pessoais e ambientais, sendo o aproveitamento definido em termos de experiência da satisfação ou da posse ou da realização de alguma característica (REBELATO; MORELLI, 2004).

Para o *Research Centre on Quality of Life* da Dinamarca (1996), o conceito deve ser referenciado a uma filosofia coerente sobre a vida humana e propõe um metamodelo integrativo das várias concepções correntes da QV. Os domínios desse metamodelo são oito e percorrem um contexto que vai da maior objetividade à maior subjetividade: 1) fatores objetivos tais como renda e saúde física e mental; 2) expressões do potencial de vida; 3) experiências ligadas ao âmbito objetivo do espaço; 4) experiências ligadas ao âmbito objetivo do tempo; 5) satisfação das necessidades; 6) felicidade; 7) satisfação; 8) experiência imediata do bem-estar pessoal.

Neri (2004) relata sobre a necessidade de uma conceituação abrangente de QV, para que se evite os riscos da ênfase exclusiva em aspectos físicos ou médicos ou ainda em aspectos sociais ou subjetivos, e que estes aspectos formam um importante ponto de partida para a produção científica multidisciplinar e para o atendimento global aos idosos. Compreendê-la e analisar criticamente seus componentes é desafio para os pesquisadores e para os praticantes de gerontologia que se interessam pela QV dos idosos.



### 3.2 Instrumentos de Avaliação em QV Relacionados à Saúde.

As definições ampliadas já descritas sobre o construto QV convivem com outras mais restritas e específicas, como as econômicas e como as que também têm sido desenvolvidas no setor saúde e que, quase sempre se resumem ao campo médico. A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida por Auquier et al. (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

Gianchello (1996) destaca que a versão inglesa do conceito de *health-related quality of life* (HRQL) é similar sendo este determinado pelo valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Sendo utilizado nessa conotação, o HRQL indicará também se o estado de saúde medido ou estimado é relativamente desejável (Gold et al., 1996). Para esses autores, os conceitos fundamentais de HRQL seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados.

Mostrando a extrema variabilidade do conceito, a revisão de Bowling (1994) sobre as escalas de qualidade de vida relacionadas com saúde inclui medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo de pacientes. Em geral, de forma implícita ou explícita, toda medida repousa sobre teorias que guiam à seleção de procedimentos de mensuração. Auquier et al. (1997)

consideram que três correntes orientam a construção dos instrumentos hoje disponíveis: o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; a teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro.

Em relação ao campo de aplicação, as medidas podem ser classificadas como genéricas, se usam questionários de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Um desses instrumentos foi desenvolvido pela OMS que recentemente criou o Grupo de Qualidade de Vida, *The WHOQOL Group* (1995, p. 1403), e definiu o termo como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor).

Minayo, Hartz e Buss (2000) destacam outras modalidades de mensuração que podem ser classificadas como específicas e muitas podem ser encontradas na literatura sobre saúde e qualidade de vida. Estes trabalhos apontam, em geral, para situações relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas como e.g., as doenças crônicas - como câncer, diabete, doença coronariana e cerebrovascular, artrites crônicas, asma brônquica – ou a conseqüências

crônicas (seqüelas ou medidas curativas e reabilitadoras) de doenças ou agravos agudos, como problemas neurológicos pós-traumáticos, transplantes, uso de insulina e outros medicamentos de uso prolongados.

### **3.2.1 *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).***

Ciconelli (1997) relata que a grande maioria dos instrumentos de avaliação da QV foi formulada na língua inglesa, e por isso direcionada para ser utilizada em população que fala este idioma. Devido ao crescente número de ensaios clínicos multicêntricos, criou-se a necessidade de se desenvolver medidas específicas para a utilização destes em países cujo idioma não seja o inglês, assim como para populações de imigrantes que adotam a língua inglesa, já que nessas duas situações, diferenças culturais importantes podem estar presentes, dificultando assim a mensuração fidedigna dos dados. Entre as opções existentes de instrumentos avaliativos da QV está o SF-36, que foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde, de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso como os anteriores e que vem sendo administrado com sucesso na população geral e específica em vários países, bem como em situações variadas de sua aplicabilidade.

Por se tratar de um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento permitindo comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos. No entanto a escolha de um determinado instrumento baseia-se principalmente em sua proposta de estudo (WARE et al., 1995; CICONELLI, 2003).

O *SF-36* foi idealizado a partir de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte integrante de um estudo de avaliação de saúde (*The Medical Outcomes Study – MOS*) (WARE et al., 1993; CICONELLI, 1997).

Ware et al. (1995) e Ciconelli (1997) descrevem ser o *SF-36* um questionário multidimensional formado por 36 itens, divididos em 8 escalas ou componentes, assim denominados: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar ou QV). Na avaliação de seus resultados, após sua aplicação, é dado um escore para cada questão que, posteriormente, é transformado em uma escala de 0 a 100, onde zero corresponde a uma pior QV e 100 a uma excelente QV, sendo analisada cada dimensão em separado.

Devido às características deste instrumento e ao crescente interesse por sua utilização em ensaios clínicos, Ware et al. (1993) iniciaram, um projeto de validação internacional deste questionário para que, o mesmo após sua tradução e validação, pudesse ser utilizado em amplos e variados ensaios clínicos internacionais e conseqüentemente multicêntricos. Este projeto, denominado *International Quality of Life Assessment Project (IQOLA)*, conta com a participação de pesquisadores em Qualidade de Vida, e é responsável pela coordenação da tradução e validação do *SF-36* em diversos países (CICONELLI, 1997).

Segundo Demiral et al. (2006), este questionário encontra-se traduzido e validado em mais de 50 países, sendo a versão para a população da Turquia a mais recente.

### 3.2.2 *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).*

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de tentar definir e uniformizar os instrumentos de avaliação de QV criou o seu Grupo de Qualidade de Vida. Este grupo desenvolveu o questionário *WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)*, inicialmente com 2.000 (duas mil) questões e depois com 300. As 300 questões do *WHOQOL* foram reduzidas para 100, originando o *WHOQOL-100*, instrumento mundialmente aceito e com totais possibilidades de atender as necessidades culturais e multicêntricas necessárias. Este instrumento tem a possibilidade de avaliar as intervenções de saúde; comparação de resultados, impacto de políticas de saúde, dentre outros. Sua tradução e a validação para o Brasil foi realizada por Fleck e colaboradores em 1997, junto ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FLECK et al, 1997).

Com o *WHOQOL-100*, a OMS tem, aos poucos, conseguido uniformizar o estudo da QV. Porém, muito ainda há para se fazer, buscando atingir um campo cada vez maior de pesquisas científicas sobre este amplo tema. Para simplificar e agilizar a coleta de dados destes estudos foi criada a versão abreviada, *WHOQOL-Bref*, com apenas 26 questões e 4 domínios, os quais obtiveram melhores desempenhos psicométricos e foram extraídos do *WHOQOL - 100*. A versão abreviada é composta por 4 domínios assim denominados: Físico, Psicológico, Relações Sociais e de Meio Ambiente (FLECK et al., 2000).

Segundo Fleck et al. (2000) os instrumentos da *WHOQOL* estão atualmente disponíveis em 20 idiomas. A versão em português (Brasil) do *WHOQOL - 100* e do *WHOQOL - Bref* foi realizada segundo a metodologia preconizada para a versão destes instrumentos, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos para cada um dos dois instrumentos. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho

exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste. Estas características também foram descritas por Hei-Fen et al. (2003), em validação do instrumento *WHOQOL-Bref* junto à população idosa de Taiwan, o que comprova a boa adequação do instrumento a populações culturalmente variadas.

### **3.3 Qualidade de Vida e Saúde**

Vários são os pressupostos e metodologias que vêm sendo desenvolvidos para entender os significados de QV e a sua relação com a saúde. Os instrumentos avaliativos deste construto mensuram a percepção de pessoas acometidas por agravos ou doenças, suas perspectivas sobre medidas preventivas, terapêuticas e de reabilitação, além do impacto de todo o processo sobre sua vida e relações. É notório e tem-se grande consenso sobre a utilização de exercícios físicos como importante recurso de intervenção no processo saúde-doença, em especial nas pessoas acometidas por patologias crônicas (REJESKI et al., 1996; NAHAS, 2001).

Nos idosos, os significados relacionados à QV dependem de suas expectativas, sentimentos e dos objetivos traçados e alcançados na sua experiência de vida, próprios da espécie humana. Manter a QV adquirida na idade adulta é sinônimo de envelhecer com qualidade. Para tanto há de se reconhecer a importância de acesso e satisfação de condições materiais proporcionadas pelas formas de produção, circulação e consumo dos bens que permitam a sensação do bem-estar individual e coletiva, associada ainda à ausência de agravos e de doenças significativas que possam tornar-se impedimento para a realização plena de habilidades e capacidades. Outro aspecto a ser evidenciado pela Qualidade de Vida nas

realizações vivenciadas em nosso dia-a-dia consiste em dirigir o idoso para o exercício integral das suas habilidades funcionais bem como o bem-estar das faculdades mentais, bom relacionamento pessoal, satisfação emocional, prestação de apoio social e o despertar para o sentido da vida (SPIRDUSO; CRONIN, 2001).

Amplamente desenvolveram-se análises e intervenções abrangendo o processo saúde-doença no interior das coletividades humanas, interessadas em definir e relacionar os fatores determinantes das doenças existentes, seus danos à saúde e a aplicação das medidas de prevenção e controle dessas. Nesse contexto, portanto, tem-se desenvolvido o conceito de QV, entendido como um movimento originado nas ciências humanas e biológicas, que busca valorizar parâmetros amplos, que incluem e ultrapassam aqueles considerados pela clínica ou pela epidemiologia. Com o passar do tempo, percebeu-se que para além da clínica e da epidemiologia demanda-se um conhecimento integrado, quando a QV é o foco da discussão (FLECK, et al., 1999).

### **3.4 Qualidade de Vida na Terceira Idade**

Gonçalves e Vilarta (2004) descrevem sobre o assunto QV e atividade física e colocam ainda a necessidade de se organizar os instrumentos de modo adequado às condições sociais, demográficas, econômicas, industriais, ambientais, de saúde, culturais, dentre outras.

Forti e Chacon-Mikahil (2004), correlacionam sobre boa QV e a atividade física na terceira idade. Destacam a expectativa de vida e o envelhecimento populacional em nível nacional, trazendo dados quantitativos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), que mostram a prospecção, ao longo dos anos, da expectativa de vida da população idosa no Brasil, descrevendo-a da seguinte maneira: em 1950 a expectativa de vida era de 43,3 anos; em 1980 aumentou para 60,1 anos e, em 1999, passou para 68,4 anos.

Trazem ainda dados do Ministério da Saúde (2000) sobre o número de idosos no país, sendo este estimado em 14 milhões e sua projeção para 2025, em torno de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 15% da população do país, representando um aumento da participação de idosos na formação da população de 4,7% na década de 60, para 13,8% em 2025. Segundo a OMS, este crescimento percentual colocará o Brasil na 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo.

Considerando o crescente aumento na expectativa de vida da população mundial, tornou-se grande a necessidade e a preocupação em propiciarmos melhor QV para a população mais idosa (PIRES, 2004).

O autor destaca ainda que os diversos sistemas orgânicos sofrem perdas funcionais decorrentes do envelhecimento e descreve que o nível funcional geral do organismo em indivíduos sadios sedentários, normalmente atinge seu ápice por volta dos 25 aos 35 anos de idade. Após esse período, inicia-se um declínio da capacidade funcional geral, a qual se mostra ligeiramente sutil até, aproximadamente, os 40 anos constituindo, a partir daí, uma perda linear com o avanço da idade, ou seja, uma diminuição mais marcante e severa do nível funcional geral.

Apesar do envelhecimento ser um processo em que o declínio fisiológico é caracterizado por medidas dos parâmetros globais do organismo, vários estudos têm mostrado que o envelhecimento possui características próprias relacionadas ao sexo (DUTHIE; KATZ, 2002).

Por outro lado, sabe-se, hoje, que o exercício físico pode produzir, de imediato, um profundo aumento nas funções essenciais da aptidão física de idosos. A literatura aponta que o treinamento físico pode ser capaz de induzir mudanças no controle neural, nos sistemas cardiovascular, respiratório, endócrino entre outros. Assim, a atividade física não pode ser encarada como um privilégio dos jovens, levando a respostas fisiológicas benéficas,



independentemente da idade, o que pode adicionar condições favoráveis à melhora da QV dessa população (FORTI; CHACON-MIKAHIL, 2004).

Araújo et al. (1997) e Gorayeb, Lopes e Batista, (1999) relatam que a prática de atividade física gera benefícios sobre a capacidade de trabalho, potencializando vários parâmetros biológicos, tais como: o débito cardíaco, a frequência cardíaca, pressão arterial, padrão respiratório, ritmo de metabolismo basal, massa muscular, velocidade de condução nervosa, grau de flexibilidade e mobilidade mioarticulares, massa óssea e água total corporal.

Fiorelli e Arca (2002), e Neri (2001) destacam, também, que as boas condições físicas, em consonância com as mentais, fazem parte do contexto do bem-estar psicológico e estão diretamente ligadas aos efeitos fisiológicos proporcionados pelas atividades físicas e terapêuticas desenvolvidas.

Capodaglio, Ferri e Scaglioni (2005) descrevem a necessidade de se mensurar a habilidade funcional associado ao poder de força muscular e ressaltam que existem poucos estudos para a determinação de tais situações pós-período de treinamento supervisionado. Assim destacam que, após longo período de treinamento muscular, dados favoráveis, tanto para os homens como para as mulheres na terceira idade, com relação à recuperação do tecido muscular, são atingidos e que a realização de atividades adequadas e específicas para esta população também são necessários.

Segundo as diretrizes do *American College of Sports Medicine* (2003) é importante que em um programa de atividade física sejam enfocados os conteúdos para: o desenvolvimento da aptidão cardiovascular (como caminhadas, corridas e natação), a melhoria da força, a estabilidade postural através de equilíbrio, os exercícios resistidos, os exercícios com transferência de peso, a dança, a flexibilidade, os alongamentos que envolvam a mobilidade das articulações e as atividades recreativas que promovam a interação social.

Essas propostas de programas de atividades para idosos são importantes parâmetros para nortear as propostas de atividades físicas para pessoas com mais idade.

## **4 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE**

Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema Qualidade de Vida (QV) ocorreu depois da Segunda Grande Guerra Mundial como já citado anteriormente e, coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais em faixas etárias diferentes gerando discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem-estar do indivíduo como os interesses da sociedade, dando assim início à inclusão do termo QV na medicina e por conseqüência na chamada área da saúde (NERI, 2004; FOX et al., 2006).

Esta questão é igualmente recorrente na geriatria, campo em que ocorrem dilemas de ordem ética e prática envolvendo a legitimidade e a oportunidade do prolongamento da vida de idosos, muito frágeis do ponto de vista físico e mental (REBELATTO, 2004).

O medo e a negação da velhice, associados às aspirações individuais e coletivas de retardar seu início e de manter a saúde, a funcionalidade e a aparência dos adultos jovens, foram e são fundamentais ao fortalecimento do interesse por caracterizar e promover boa QV na terceira idade (NERI, 2004).

Segundo Guccione (2002) e Fox et al. (2006) são preocupações centrais aos que se ocupam da QV na terceira idade: a independência e a autonomia, a continuidade de papéis sociais e de relações sociais e intergerenciais, a aceitação e o envolvimento social, o conforto e a segurança ambientais, a presença de condições econômicas que permitam uma vida digna, a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, o apoio formal e informal a idosos portadores de doenças e incapacidades, e as políticas dirigidas à assistência e ao cuidado dos idosos.

Néri (2004) relata que no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o interesse pela QV na terceira idade é ainda incipiente e fragmentado, provavelmente por ser a

emergência da terceira idade um fenômeno social recente o qual se encontra inserido em um quadro forte de desigualdade social e de acentuadas carências.

Avaliar a QV na terceira idade é útil quando se deseja mensurar a efetividade das intervenções aplicadas aos mesmos e quando é necessário municiar os profissionais envolvidos nesta área de atuação, para que lhes sirvam de apoio em decisões clínicas (DUTHIE; KATZ, 2002).

Deliberato (2002) descreve sobre a importância de existir na literatura escalas gerais e multidimensionais de QV apontando ainda, para a necessidade de instrumentos específicos para condições especiais e.g., a terceira idade.

Pereira e Filho (2001) ressaltam que a QV na terceira idade deve estar centrada no desenvolvimento de iniciativas de intervenção visando à prevenção e à reabilitação nos vários contextos da vida do indivíduo e também ao planejamento e à avaliação de serviços e políticas destinados a promover o bem-estar dos idosos.

Seguindo esta temática, Néri (2004) aponta para a necessidade de termos também de tomar providências culturais para a mudança de atitudes em relação ao tema e para a compreensão de que ele só tem sentido em um contexto de bem-estar para pessoas de todas as idades. Ressalta ainda que em todo mundo, e em especial no Brasil, o campo é relativamente novo e se ressentido da relativa escassez de programas multidisciplinares e longitudinais de pesquisa. “Esse é um outro desafio para os que se ocupam da pesquisa e da intervenção envolvendo idosos” (NERI, 2004 p.28).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo Geral:

Avaliar a Qualidade de Vida e a Presença de Dor Física nos Idosos frequentadores do Serviço Social e do Comércio – SESC Horto, de Campo Grande – MS.

### 4.2 Objetivos Específicos:

- Analisar os valores da Qualidade de Vida encontrados em cada domínio do *SF-36*.
- Considerar os valores da Qualidade de Vida encontrados nos diferentes domínios do *WHOQOL-Bref*.
- Correlacionar os escores gerais, referente à Qualidade de Vida, do questionário *SF-36* com o *WHOQOL-Bref*.
- Descrever com relação à presença e a intensidade de dor encontrada na população analisada.
- Comparar os índices de intensidade de dor encontrados na Escala de Faces e relacioná-los com os dados encontrados nos questionários de QV da amostra.

## **5 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

### **5.1 Aspectos Éticos da Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Inicialmente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (Anexo I).

Após o convite verbal feito à população pré-determinada e, estes terem concordado em participar da pesquisa, foi-lhes solicitado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual obedece às normas do Conselho Nacional de Pesquisa, Resolução n. 196/1996, para pesquisa em seres humanos, disponível em Apêndice I (BRASIL, 1996). Assim como a Resolução do Conselho Federal de Psicologia n. 016/2000 (BRASIL, 2000).

### **5.2 Participantes e Local de Desenvolvimento da Pesquisa**

Participaram desta pesquisa 130 idosos do Serviço Social e do Comércio - SESC Horto, da cidade de Campo Grande – MS, com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos e sem distinção de raça, cor e nível socioeconômico. Os participantes com este perfil etário foram escolhidos e convidados a participarem da pesquisa de maneira voluntária.

O Serviço Social do Comércio (Sesc) foi criado em setembro de 1946 através do decreto-lei, do Presidente Eurico Gaspar Dutra, cabendo à Confederação Nacional do Comércio (CNC) o encargo de criar e organizar esta entidade de direito privado, de natureza assistencial. Sua atribuição era planejar e executar medidas que contribuíssem para o bem-estar social e a melhoria do padrão de vida dos comerciários e de suas famílias. Inicialmente, a atuação era voltada à saúde preventiva, à educação sanitária, à assistência médico-hospitalar, além da assistência à maternidade e à infância. A partir do seu 5º ano, o Sesc iniciou uma mudança no seu campo de atividades, voltando seus trabalhos para uma

orientação predominantemente educativa. A partir da década de 60, com sua expansão para várias cidades do Brasil, o lazer passou a ter um tratamento prioritário ao lado da saúde (que agora incluía alimentação) e da educação.

Como instituição prestadora de serviços, o Sesc desenvolve atividades nas áreas de lazer, cultura, educação, saúde, alimentação e esporte em grandes centros urbanos assim como em comunidades mais distantes de forma a colaborar com o desenvolvimento sócio cultural do país.

As unidades de serviço do Sesc foram adaptadas às necessidades e particularidades de cada região ou localidade. Suas atividades estão diretamente ligadas ao comprometimento social com as necessidades dos setores mais carentes com ênfase na educação e na saúde.

Teriam então os idosos do Sesc Horto da cidade de Campo Grande – MS uma qualidade de vida satisfatória?

Atualmente o SESC Horto de Campo Grande – MS possui 300 idosos cadastrados, sendo que uma média de 150 a 200 freqüentam as atividades propostas por esta instituição. Além da não-obrigatoriedade de participação na pesquisa, os idosos não tiveram nenhum ônus com a mesma, ficando todas as despesas da pesquisa a cargo do pesquisador.

### **5.3 Critérios de Inclusão e de Exclusão**

Possuírem idade a partir dos sessenta anos, que segundo Duthie (2002), é considerado como “terceira idade”, sem distinção de raça, sexo, cor e nível socioeconômico devendo ainda, de acordo com as normas estabelecidas no presente estudo, estarem vinculados ao SESC Horto, de Campo Grande – MS.

Foram excluídos da pesquisa aqueles com idade não compatível com a determinada pela OMS para a terceira idade, os que não estavam de acordo com as normas propostas pelo

estudo e os portadores de qualquer outra patologia que envolvesse o Sistema Nervoso Central (SNC), com alterações de ordem cognitiva, o que impediria a compreensão dos questionamentos feitos aos mesmos.

Os referidos participantes foram informados que poderiam, por quaisquer motivos e a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa, sem que fossem penalizados ou obrigados a continuar.

Vale ressaltar que por não se tratar de aplicação de métodos invasivos, essa pesquisa não pôs em risco a integridade física e/ou mental dos participantes.

## 5.5 Instrumentos

Para avaliação da QV foram utilizados dois questionários: o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida relacionado à saúde, *The Medical Outcomes Study Short-form 36 (MOS SF – 36)*. Este questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida (Anexo II) foi traduzido e validado para o português por Ciconelli (1997), e idealizado por Ware e Sherbourne em 1992, é um instrumento tanto auto-administrável quanto administrável por terceiros, composto por oito conceitos sobre a saúde: capacidade funcional, dor, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos físicos e emocionais. Cada um destes domínios possui um número variável de questões e de itens que são graduados numericamente e assinalados pelo entrevistado. Após a demarcação feita pelo entrevistado, são recalculadas em porcentagens para então serem demonstradas em um *score* que varia de zero a cem pontos. A pontuação zero representa uma ruim QV e a pontuação cem representa uma excelente QV (SOBRINHO, CARVALHO; FRANZI, 2000).

O outro instrumento empregado para a avaliação da QV foi o *WHOQOL – Bref*, traduzido e validado para o português por Fleck (1999), (Anexo III) foi idealizado pelo Grupo



de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (*WHOQOL GROUP*, 1994). Oriundo do *WHOQOL – 100* que também teve sua validação e tradução para o português feito por Fleck (1998), composto por 100 questões que avaliam seis domínios: Aspecto Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio ambiente e Espiritualidade / Crenças Pessoais. A partir dele foi desenvolvido o *WHOQOL–Bref*, que é composto por 26 questões, as quais obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, originando assim a versão abreviada do questionário, avaliando quatro domínios: o Físico, o Psicológico, as Relações Sociais e de Meio Ambiente. Estes domínios, assim como no instrumento descrito anteriormente possuem descritores verbais e critérios numéricos para cada item envolvido em cada questão, os quais foram depois descritos em números de zero a cem, seguindo os mesmos critérios do instrumento anterior para avaliar a QV.

Visando classificar os escores dos domínios avaliados nos dois instrumentos de QV foi elaborada pelo próprio pesquisador uma tabela de equivalência para a determinação mais clara da QV conforme descrito a seguir.

Esta tabela foi idealizada a partir da forma como se calcula os escores de cada questionário de QV utilizados. Tanto o *WHOQOL–Bref* como o *SF-36* tem seus dados divididos por 100 para alcançar os resultados finais, assim tem-se o percentual relativo a cada domínio avaliado.

A tabela a seguir distribui os escores de zero a cem divididos em cinco grupos os quais possuem além dos dados numéricos, descritores para classificação dos domínios avaliados nos questionários.

Tabela-1 Classificação da Qualidade de Vida.

ESCORE	CLASSIFICAÇÃO
0 a 20	Muito Ruim estado de saúde / QV.

---

21 a 40	Ruim estado de saúde / QV.
41 a 60	Bom estado de saúde / QV.
61 a 80	Muito Bom estado de saúde / QV.
81 a 100	Excelente estado de saúde / QV.

---

Para a coleta e análise da dor e de sua localização, foram utilizados a Escala de Faces e um diagrama corporal respectivamente, sendo este último extraído do questionário de Dor de McGill (Anexo IV), o qual teve sua tradução e validação para o português feita por Pimenta e Teixeira (1997).

O Questionário de Dor de McGill, segundo Teixeira e Pimenta (2001), em sua forma abreviada, é provavelmente o mais conhecido dos instrumentos multidimensionais para mensuração da dor. Traduzido e validado para a língua portuguesa por Teixeira e Pimenta em 1997 o questionário possui como parte integrante, um diagrama corporal para as informações relacionadas com a localização anatômica da dor, sendo que o entrevistado marca o local da dor com as iniciais **I** para dor interna, **E** para dor externa e **EI** para ambas.

A escala de faces ou escala de expressões faciais é um instrumento composto por seis expressões faciais que representam à dor sentida pelo entrevistado. Possuem uma numeração de zero a cinco em cada uma das faces, com descritores para a determinação de sua intensidade, sendo que, **zero** equivale a “feliz sem dor”, **um** equivale a “dor que machuca muito pouco”, **dois** equivale a “dor que machuca um pouco mais”, **três** equivale a uma “dor que machuca muito”, **quatro** equivale a uma “dor que machuca muito mais” e **cinco** equivale à “dor que machuca mais do que se possa imaginar” (SHIGUEMOTO, 2004).

## **5.6 Procedimentos**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de corte transversal. A amostra foi selecionada de maneira aleatória simples e os participantes foram entrevistados individualmente no SESC Horto, pelo próprio pesquisador e por mais 4 auxiliares, treinados previamente.

Cada entrevista durou cerca de 50 minutos, dados estes semelhantes ao estudo piloto realizado anteriormente com cinco idosos os quais foram descartados posteriormente da amostra, que teve sua coleta realizada entre os meses de junho a novembro de 2005.

As entrevistas foram dirigidas pelo pesquisador e seus auxiliares, que liam as perguntas e suas possíveis respostas aos entrevistados e somente após a resposta dada eram assinalados nos questionários de avaliação.

Perguntou-se ao entrevistado se experimentava algum tipo de dor corporal. Quando a resposta era “sim” o entrevistado continuava a assinalar agora no diagrama corporal, a localização anatômica da dor e, finalmente, era questionado quando sentia dor, com qual face mais esta se parecia.

## **5.7 Análise Estatística.**

Após a coleta de dados, estes foram tabulados em planilhas no programa Excel, e estão disponíveis no apêndice II, após esta etapa foram enviados para análise estatística.

Contemplando o objetivo referente à caracterização da amostra, foi realizada uma análise descritiva dos resultados apresentando médias e desvios padrão de cada domínio dos questionários SF-36 e Whoqol-Bref, considerados de forma geral com os 130 participantes.

Foi descrito também a distribuição de frequências absolutas e relativas referente à caracterização da dor, avaliada por meio da escala de face e do diagrama corporal.

Utilizou-se ainda, para tratamento estatístico dos dados, a análise multivariada, a fim de indicar a significância preditiva das diversas variáveis aleatórias, aqui descritas como cada domínio dos questionários de QV, de modo simultâneo para atingir os resultados de forma mais ampla.

Para comparar a relação de dor e Qualidade de Vida, os participantes foram divididos em grupos distintos selecionados de acordo com a intensidade de dor relatada, constituindo assim, 5 grupos, os quais foram comparados de acordo com os escores dos questionários de QV, por meio de análise de variância, com teste estatístico ANOVA e pós teste de Bonferroni, considerando valor de  $\alpha=0,05$ .

## 6 RESULTADOS

Quanto à idade, foi encontrado uma idade média de 71,6 anos ( $\pm 7,37$ ), com idade mínima de 60 anos e máxima de 88 anos. Em relação ao sexo a maioria foi composta por mulheres, representando 106 participantes, correspondendo a 81% da amostra. A população masculina foi representada por 24 participantes, correspondendo a 19% do total.

Para a análise quantitativa dos dados foi realizada estatística descritiva, contendo médias gerais e respectivo desvio padrão dos escores, bem como frequências absolutas (n total) e relativas (percentagem) referentes aos resultados encontrados em cada variável. Assim, serão descritos a seguir os seguintes valores, respectivamente: resultados das médias encontradas nos diferentes domínios dos questionários de Qualidade de Vida (QV); análise multivariada, entre os domínios de WHOQOL-Bref e do SF-36; e frequências absolutas e relativas da localização e intensidade de dor. Por fim, a comparação dos grupos selecionados a partir da intensidade de dor, compondo 6 níveis de acordo com a escala de faces e com a Qualidade de Vida descrita em ambos os questionários. Para a comparação entre QV e dor foi usado o teste estatístico ANOVA e pós hoc teste de Bonferroni, considerando valor de  $\alpha = 0,05$ .

Quanto aos dados relativos à QV estes serão descritos de acordo com a tabela – 1 página 79, que foi elaborada pelo pesquisador.

Os resultados encontrados após aplicação do questionário MOS SF-36 foram convertidos em escores de zero a cem. Para melhor visualização dos dados, estes estão dispostos na tabela 2, de acordo com a distribuição geral e por sexo (masculino e feminino):

Tabela-2 Qualidade de Vida: média geral e desvio padrão dos diferentes domínios avaliados pelo questionário MOS - SF 36.

<b>Domínios de SF-36</b>	<b>Geral N= 130</b>	
	<b>Med</b>	<b>±DP</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	75,3	20,1
<b>Aspectos Físicos</b>	68,5	31,6
<b>Dor</b>	69,4	20,9
<b>Estado Geral de Saúde</b>	73,6	16,6
<b>Vitalidade</b>	69,6	15,7
<b>Aspectos Sociais</b>	74,3	17,4
<b>Aspectos Emocionais</b>	73,1	33,8
<b>Saúde Mental</b>	80,9	13,6

Na tabela acima as médias por domínio se apresentam com valores próximos e por consequência classificação em muito bom estado de saúde sendo o único resultado diferente estar relacionado com o domínio Saúde Mental, com média relativa à classificação em excelente estado de saúde.

Quanto aos resultados encontrados no questionário WHOQOL-Bref estes estão disponíveis na tabela 3, que segue abaixo, sendo distribuídos de acordo com a média dos domínios preconizados pelo questionário: domínio físico, psicológico, relação social e de meio ambiente. Os resultados encontrados após a aplicação do questionário foram convertidos nos escores de zero a cem.

Pode-se observar que a classificação destes de acordo com a tabela do pesquisador é de muito bom estado de saúde para os domínios físico, psicológico e de meio ambiente, sendo o domínio relação social apresentando classificação como bom estado de saúde.

Tabela-3 Qualidade de Vida: média geral e desvio padrão dos diferentes domínios avaliados pelo questionário WHOQOL-Bref.

Domínios do WHOQOL-BREF	Geral N= 130	
	Med	±DP
Físico	64,7	19,5
Psicológico	65,2	20,3
Relação Social	59,8	18,6
Meio Ambiente	66,4	16,6

Os valores dos escores de Qualidade de Vida dos questionários MOS SF – 36 e WHOQOL-Bref foram analisados em seus domínios através da análise multivariada, com o objetivo de indicar a significância relativa das variáveis, e suas relações foram determinadas adotando-se nível de significância em  $p < 0,05$ . Foram observadas associações estatisticamente significativas somente nos cruzamentos: Capacidade funcional x Aspecto físico ( $p = 0,0001$ ); Aspectos físicos x Aspecto psicológico ( $p < 0,0001$ ); Vitalidade x Relação social ( $p = 0,0206$ ); Aspectos sociais x Relação social ( $p < 0,0001$ ); Aspectos sociais x Meio ambiente ( $p < 0,0001$ ); Aspectos emocionais x Aspecto físico ( $p < 0,0001$ ); Aspectos emocionais x Aspecto psicológico ( $p < 0,0001$ ) e Saúde mental x Aspecto psicológico ( $p = 0,0234$ ), conforme tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos valores de correlação entre os questionários MOS SF-36 e WHOQOL-Bref. Apresentação de análise multivariada.

Matriz de Correlação	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Aspecto Físico	0.3329*	0.5638	0.1236	0.0275	0.0375	0.0141	0.3857*	0.0665
Aspecto Psicológico	0.1042	0.1562*	-0.0052	0.1015	-0.0339	0.0669	0.6726*	0.1988*
Relação Social	0.0972	0.1201	0.1047	0.0401	0.203*	0.5648*	0.1532	0.0714
Meio Ambiente	0.1207	0.1582	0.0942	0.0737	0.1202	0.3596*	0.04	0.0311

\* Associação estatisticamente significativa  $p < 0,05$ .

Para melhor visualização da comparação entre os escores do questionário MOS SF-36 e WHOQOL-Bref, após análise multivariada, estes foram dispostos no gráfico 1 a seguir:

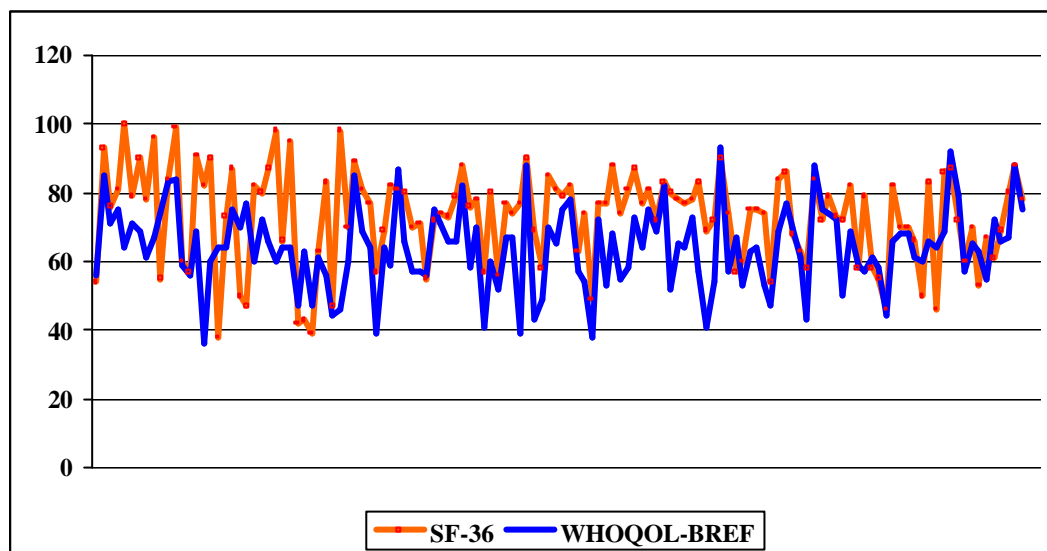


Gráfico 1 - Correlação entre os questionários de Qualidade de Vida.

O referido gráfico mostra a proximidade entre as linhas que representam os resultados dos questionários utilizados, denotativo de uma classificação entre bom e excelente estado de saúde para a população avaliada embora com o emprego de diferentes instrumentos de avaliação.

Com relação aos resultados encontrados na variável e intensidade da dor, estes estão descritos na tabela 5 que traz com 27% a intensidade da dor que machuca um pouco mais, assinalada segundo a escala de faces com a caricatura número 2 seguido da dor que machuca muito, com caricatura número 3 na escala de faces com 24% dos participantes.

Quanto aos resultados referente à localização da dor, estes estão disponíveis no Gráfico 2. Vale ressaltar que alguns participantes relataram sentir dor em mais de um seguimento corporal.



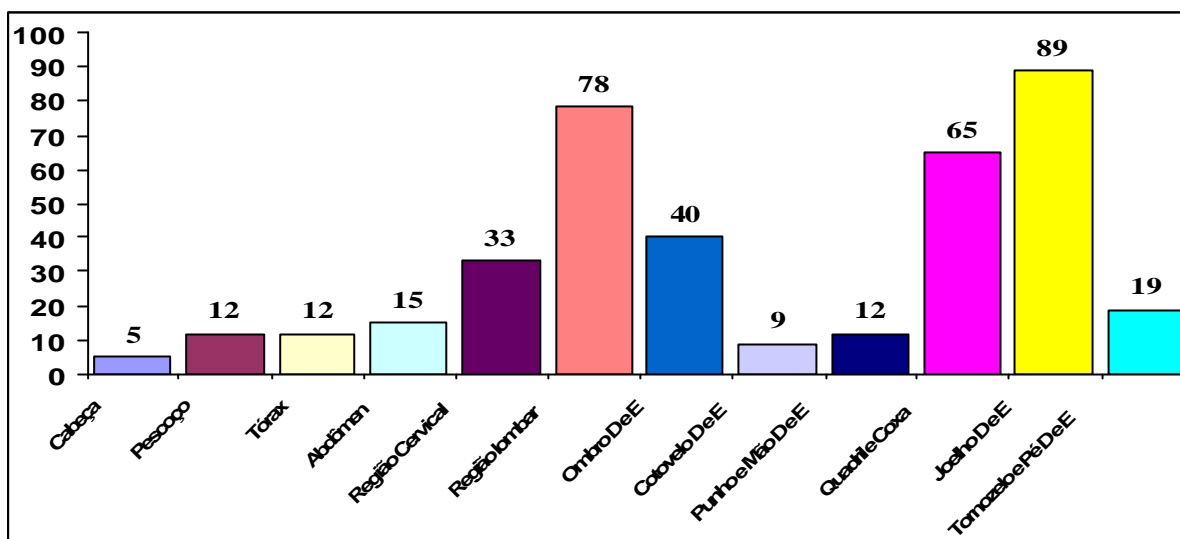


Gráfico 2: Distribuição da Frequência Absoluta quanto à localização da dor assinalado pelos participantes no Diagrama Corporal.

Tabela 5 - Avaliação da dor: intensidade da dor expressa em valores absolutos e relativos coletados a partir da Escala de Faces.

Aspecto Avaliado: Intensidade	Frequência Absoluta (n=130)	Frequência Relativa (%)
0 Feliz sem dor	9	8%
1 Dor que machuca muito pouco	25	20%
2 Dor que machuca um pouco mais	35	27%
3 Dor que machuca muito	32	24%
4 Dor que machuca muito mais	19	15%
5 Dor que machuca muito mais que se possa imaginar	8	6%

Para representar os dados relativos à Intensidade da Dor e a Qualidade de Vida, comparou-se os escores gerais dos questionários de Qualidade de Vida com a intensidade da

dor coletada através da escala de faces. Assim, seguem na tabela 6 as médias encontradas em cada domínio e o escore geral da Qualidade de Vida, para ambos os questionários, distribuídos nos diferentes grupos estabelecidos a partir da intensidade da dor.

A tabela 6 apresenta dados denotativos ao aumento da intensidade da dor com a redução nos valores expressos pelos escores dos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida, relacionando a dor como uma das manifestações inerentes ao bom estado de saúde dos participantes desta.

No gráfico 3 estão disponíveis, de forma esquemática, a distribuição da Qualidade de Vida expressa em média geral, em cada questionário, de acordo com os grupos de intensidade de dor.

O referido gráfico 3 têm-se a intensidade da dor em relação à média geral dos escores dos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida e mostra que quanto maior a intensidade da dor menor o escore da Qualidade de Vida.

Tabela 6 - Média geral e de cada domínio do MOS SF-36 e do WHOQOL-Bref, distribuídas de acordo com os níveis de intensidade de dor encontrados na escala de faces.

Domínios avaliados nos questionários de QV	Média Geral dos Grupos distribuídos de acordo com a intensidade de dor: Escala de Face. N=130					
	0	1	2	3	4	5
	Feliz sem dor	Dor que machuca muito pouco	Dor que machuca um pouco mais	Dor que machuca muito	Dor que machuca muito mais	Dor que machuca muito mais que se possa imaginar
SF-36	0	1	2	3	4	5
Capacidade Funcional	82	85	82	63	39	40
Aspectos Físicos	77	78	74	68	58	45
Dor	83	81	78	70	64	60
Estado Geral de Saúde	79	73	72	67	64	62
Vitalidade	90	81	76	73	65	57
Aspectos Sociais	89	88	85	66	58	21
Aspectos Emocionais	92	84	86	79	71	72
Saúde Mental	85	82	80	69	60	51

<b>Média Geral/ Qualidade de Vida</b>	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>82</b>	<b>63</b>	<b>39</b>	<b>40</b>
<b>WHOQOL-Bref</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Físico	73	75	70	63	52	53
Psicológico	70	71	68	65	60	42
Relação Social	76	61	61	60	57	52
Meio Ambiente	73	69	69	62	66	63
<b>Média Geral/ Qualidade de Vida</b>	<b>73</b>	<b>69</b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>59</b>	<b>53</b>

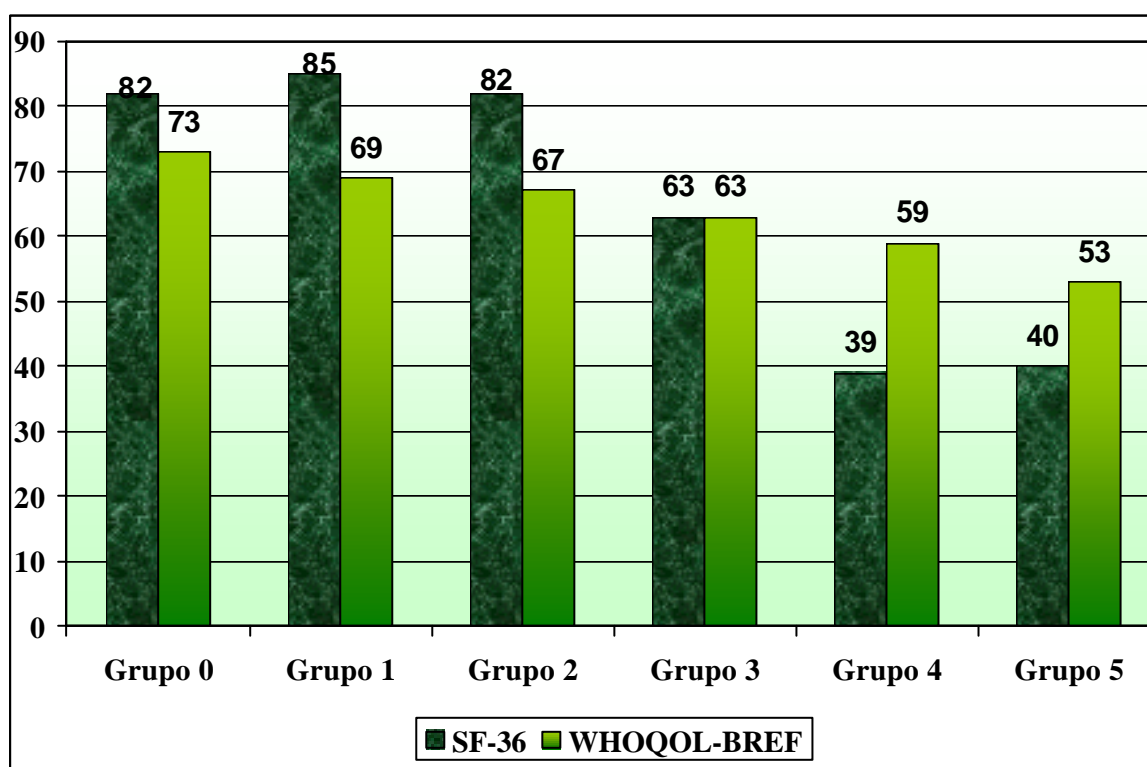


Gráfico 3 - Distribuição quantitativa da Qualidade de Vida expressa nos questionários, nos diferentes níveis de intensidade da dor.

Para melhor confiabilidade dos resultados foi aplicado o teste estatístico ANOVA e o pós hoc teste de Bonferroni para comparação intragrupos, tendo como hipótese alternativa que há diferença entre os grupos e hipótese de nulidade que não há diferença entre os grupos. Valor de  $\alpha=0,05$ .

Quanto à comparação entre os níveis de intensidade da dor foi aplicado o teste ANOVA, comparando os valores obtidos nos questionários MOS SF-36 e posteriormente, da mesma forma, nos resultados do WHOQOL-Bref. Ambos apresentaram valor de  $p = 0,001$ , validando a hipótese alternativa, ou seja, asseverando existir diferença estatística entre os níveis de intensidade de dor e de Qualidade de Vida.

Para identificar em qual instrumento de avaliação da Qualidade de Vida e em qual intensidade dolorosa houve maior significância estatística foi realizado o intrateste de Bonferroni, descrito na tabela 7.

Tabela 7 - Descrição dos valores de p encontrados no pós teste de Bonferroni intragrupos para determinação dos valores de significância entre Intensidade da Dor e a Qualidade de Vida.

Comparação entre grupos	Estatística ( Significância destacada com asterisco)					
	0 Feliz sem dor	1 Dor que machuca muito pouco	2 Dor que machuca um pouco mais	3 Dor que machuca muito	4 Dor que machuca muito mais	5 Dor que machuca muito mais que se possa imaginar
<b>MOS SF-36</b>						
0	-	-	-	-	-	-
1	0.4849	-	-	-	-	-
2	0.2030	0.5602	-	-	-	-
3	0.0002*	0.0019*	0.0095	-	-	-
4	0.0000*	0.0000*	0.0000*	0.0173*	-	-
5	0.0000*	0.0000*	0.0000*	0.0000*	0.0247*	-
<b>WHOQOL - Bref</b>						
0	-	-	-	-	-	-
1	0.1823	-	-	-	-	-
2	0.0504	0.1823	-	-	-	-
3	0.0015*	0.0504	0.1439	-	-	-
4	0.0001*	0.0015*	0.0096*	0.2044	-	-
5	0.0000*	0.0001*	0.0000*	0.0022*	0.0437*	-

Na tabela anterior fica denotado o quanto a intensidade da dor teve influência na Qualidade de Vida da população avaliada, pois os valores expressos como significativos estão relacionados à alta intensidade de dor e baixo escore para Qualidade de Vida.

## 7 DISCUSSÃO

Os dados apresentados neste estudo em relação à média de idade são segundo Duthie (2002) dentro dos parâmetros aceitos para determinação e definição da terceira idade, dados estes também equivalentes ao trabalho de Albuquerque (2005), que avaliou a QV de idosos submetidos a programas de saúde junto à população brasileira com uma média geral de 72,09 ( $\pm 5$ ) anos. Estes se assemelham ainda com os dados de Oréfice, Valério e Souza (2006) quando avaliaram a QV em idosas submetidas a tratamento hidrocinesioterapêutico também com a população nacional, com uma média de 72,5 anos e se coloca similar aos dados de Menta (2003), que avaliou a QV de idosos asilados também no Brasil com média de idade em 76 anos.

Huge et al. (2006), em estudo com idosos alemães portadores de restrições funcionais e dor crônica, os quais foram submetidos a um programa de atividades terapêuticas e físicas e que tiveram sua QV avaliada por meio do SF-36 encontraram média de idade similar a este com 71,2 anos. Cleary e Howell (2006) avaliaram a QV de idosos sedentários da zona rural norte-americana e encontraram média de idade de 75,1 anos na população, o que também é similar a população avaliada neste estudo.

Morimoto et al. (2006), em estudo sobre a avaliação da atividade física na QV de idosos moradores da zona rural no Japão apresentam média de idade de 73 anos para a população avaliada o que é similar também a este estudo, fato este que se aproximou também do trabalho de Fox et al. (2007) com média de idade em 70 anos, que avaliaram 176 idosos ingleses, por 12 meses os quais desenvolviam atividades físicas com o intuito de relacionar seus efeitos à saúde mental denotando o alto índice de sobrevivência da população mundial corroborando com a expectativa descrita na literatura mundial para a terceira idade.

Em relação ao sexo, o número da amostra é maior para o feminino e também se apresenta na mesma condição para Albuquerque (2005), com uma média geral de 63,3% de mulheres em sua amostra que descreve, ainda, ter o sexo feminino uma sobrevivência maior, o que explicaria esta situação, porém, com maiores queixas de distúrbios associados, fato este não demonstrado pelos números do presente estudo em relação aos aspectos físicos e até mesmo pelos números apresentados por Albuquerque (2005), em relação aos mesmos aspectos avaliados em seu trabalho, uma vez que a média do escore de seu grupo, ao final do período analisado, é de 74,04 em relação à avaliação do instrumento WHOQOL-Bref, o qual dá a este domínio uma classificação como “muito boa QV ou estado de saúde para esta população”, classificação esta também atribuída para o estudo de Menta (2003), que apresentou um escore de 61,30 para o mesmo aspecto e instrumento utilizado durante a avaliação da QV em idosos asilados, sendo esta classificação descrita conforme tabela de classificação proposta neste estudo.

Ainda em relação ao sexo Menta (2003) encontrou em seus resultados um valor contrário aos valores descritos anteriormente, com 57% de homens, o que pode ser atribuído à falta de amparo familiar às pessoas na terceira idade, gerando, assim, isolamento. Destacam-se ainda o baixo interesse demonstrado pelos homens em participar de grupos da terceira idade e também o fato da inexistência de uma política assistencial ao idoso embora o Estatuto do Idoso, vigente em nosso País desde 2003, ainda continue impraticável na sua totalidade, levando assim a um aumento do número de idosos asilados (BRASIL, 2004).

Fox et al. (2007) e Huges et al. (2006), apresentam valores similares ao presente estudo com predomínio para o sexo feminino com 65,3% e 66,0% respectivamente, já Cleary e Howell (2006) e Morimoto et al. (2006) apresentam número similar entre os sexos com 49,0% e 51,0% respectivamente para o sexo feminino.

Ferreira e Santana (2003), em estudo com a população portuguesa para validação do SF-36 apresentaram dados compatíveis com número maior de mulheres assinalando com 58,1% da amostra sendo similar ao presente estudo.

O fator a ser considerado em relação ao grande número de mulheres na amostra deste estudo, é o próprio depoimento das participantes em grupos da terceira idade que afirmam serem os homens minoria, pois, não têm disposição ou mesmo interesse em participar. Já as mulheres sentem falta do convívio social e do desenvolvimento de atividades em seu dia-a-dia em maiores proporções, o que as coloca em um percentual maior entre os participantes. Este fato se equivale ao resultado apresentado pelo WHOQOL-Bref para o presente estudo no que diz respeito à Relação Social, a qual possui classificação como “boa QV” ou “bom estado de saúde” para este domínio, uma vez que a maioria da composição da amostra é do sexo feminino.

Já para Albuquerque (2005), o valor médio final encontrado em sua amostra foi de 73,83 para as Relações Sociais o que dá ao seu resultado uma classificação como “muito boa QV” ou “muito bom estado de saúde” e o deixa como superior ao trabalho em questão. Menta (2003) apresenta um escore de 49,60 para o aspecto Relações Sociais o que o classifica como “boa QV ou estado de saúde” tendo assim a mesma classificação que o estudo atual.

Esta diferença apresentada acima pode ser explicada pelo fato do acompanhamento feito por Albuquerque (2005), possuir características longitudinais, pois esta avaliou por um período de nove meses o grupo em questão Além disso, os atendimentos possuem características específicas às necessidades da terceira idade e.g., atividades Fisioterapêuticas, Fonoaudiológicas, de Psicoterapia corporal, Atividades lúdicas e Atividades externas à Instituição, enquanto que Menta (2003) descreve, principalmente, sobre as características sociodemográficas em idosos asilados em condições de “confinamento” e “isolamento” social propriamente dito.



Spiriduso e Cronin (2001) descrevem em seu trabalho com idosos norte-americanos sobre a intensidade e resposta a exercícios na terceira idade que, outro aspecto a ser evidenciado pela QV nas realizações vivenciadas em nosso dia-a-dia consiste em dirigir o idoso para o exercício integral das suas habilidades funcionais, bem como o bem-estar das faculdades mentais, bom relacionamento pessoal, satisfação emocional, prestação de apoio social e o despertar para o sentido da vida.

Quando os Aspectos Sociais do SF-36 deste estudo são comparados com Oréfice, Valério e Souza (2006), que utilizam do mesmo instrumento para avaliar QV e apresentam um escore de 68,66 estes acabam por se equivalerem em sua classificação, sendo apresentados como “muito boa QV ou estado de saúde”. No entanto, no estudo de Albuquerque (2005), Morimoto et al. (2006) e Fox et al. (2007) que possuem escore de 80,00; 90,00 e 81,00 respectivamente, esses aspectos apresentam-se inferiores, tanto numericamente como em classificação, os quais são considerados “excelente QV ou estado de saúde”, sendo que os fatores longitudinais destas, associados às atividades variadas e específicas aplicadas aos participantes, sugerem um diferencial, uma vez que no estudo de Oréfice, Valério e Souza (2006), utilizado como referência para esta comparação, as idosas eram submetidas somente a atividades terapêuticas e, no trabalho em questão, as atividades eram variadas, sendo o diferencial consistido no período de observação.

Assim como Oréfice, Valério e Souza (2006), Huges et al. (2006) utilizaram somente um tipo de atividade em observação de 6 meses para avaliação da QV em idosos e, descrevem que o escore final para os Aspectos Sociais ficou em 70,00 obtendo classificação em “muito boa QV ou estado de saúde” corroborando com classificação do presente estudo.

De acordo com Forti e Chacon-Mikahil (2004), outro aspecto a ser analisado com as atividades físicas e terapêuticas específicas, juntamente com as atividades sociais direcionadas à terceira idade, são as respostas fisiológicas benéficas que podem adicionar condições

favoráveis à melhora da QV dessa população em vários órgãos e sistemas corporais, incluindo a melhora e a manutenção das faculdades mentais e a boa relação social o que sem dúvida assevera os dados do trabalho em questão. Sugere ainda o bom trabalho desenvolvido pelo Serviço Social do Comércio – SESC Horto de Campo Grande – MS, podendo servir como parâmetro de atividade social e funcional que deu certo, fato este que impulsiona a continuidade traduzindo em números os dados literários em relação aos idosos.

Pereira e Santana (2003) avaliaram a percepção de estado de saúde e QV da população portuguesa e, durante a apresentação dos dados para a camada mais idosa que compôs o estudo, em resposta ao SF-36, foi obtido um escore de 65,81 para o aspecto social, podendo ser classificado como “muito boa QV ou estado de saúde”, pois, segundo os autores, os participantes mantiveram suas atividades rotineiras e cotidianas em ritmo normal, o que pode ter contribuído com o valor encontrado.

Em relação ao SF-36, Albuquerque (2005), apresenta escore para Capacidade Funcional e Aspectos Físicos de 83,84 e 88,30 respectivamente, classificando-os como “excelente QV ou estado de saúde” obtendo assim, um melhor nível quando comparada com o presente estudo e com de Oréfice, Valério e Souza (2006), que apresentaram um escore inferior, com 65,40 para Capacidade Funcional e 68,70 para os Aspectos Físicos, sendo classificados como “muito boa QV ou estado de saúde”, classificação essa compatível com o estudo em questão, quando de sua classificação final para estes escores.

Huge et al. (2006) e Morimoto et al. (2006) apresentam dados relativos a uma “excelente QV ou estado de saúde” para a Capacidade Funcional com escores de 81,23 e 90,30 respectivamente e um escore de 70,00 (muito boa QV ou estado de saúde) e 91,00 (excelente QV ou estado de saúde) respectivamente para os Aspectos Físicos sendo que, o primeiro estudo foi após indução do protocolo denominado *Munich Functional Restoration Program* em idosos portadores de disfunções músculoesqueléticas e com presença de dor

crônica. Já o segundo com idosos da zona rural com a finalidade de observar como a intensidade das atividades pode interferir na QV e entre os sexos, o que os colocou como diferentes em relação ao presente estudo.

Sabe-se hoje que, os exercícios físicos bem como as atividades terapêuticas específicas para os idosos podem produzir, de imediato, um profundo aumento nas funções essenciais dessa população. A literatura descreve que tais atividades podem ser capazes de induzir mudanças no controle neural, no sistema cardiovascular, respiratório, endócrino e outros, o que justifica os resultados apresentados por estes e outros trabalhos aqui citados quando foram aplicados algum tipo de atividade funcional a população analisada (FORTI; CHACONMIKAHIL, 2004).

Esta observação clínica é também notória quando da realização de tratamentos que envolvem movimentos variados para afecções específicas na terceira idade, uma vez que os mesmos não querem abandonar seus tratamentos, com receio dos sinais e sintomas ressurgirem e ainda com maiores intensidades.

No trabalho de Albuquerque (2005), e no de Oréfice, Valério e Souza (2006), uma vez que os grupos analisados têm participação em atividades sociais, recreativas, atividades terapêuticas e físicas específicas para a terceira idade, com a vantagem numérica expressa por Albuquerque (2005), deve ser destacado que esta vantagem pode ser atribuída às características longitudinais e aos componentes variados das atividades desenvolvidas no trabalho como já descrito anteriormente.

Pereira e Santana (2003) trazem dados relativos à Capacidade Funcional e aos Aspectos Físicos, variados em seu valor e classificação, sendo 61,59 e 55,66 o que classifica-os como “muito boa QV ou estado de saúde” e “boa QV ou estado de saúde”, respectivamente, para o grupo avaliado, quando então podemos sugerir que as questões culturais e as atividades desenvolvidas podem assumir características variadas para culturas

também variadas, isto é, para cada população há um valor de importância para os mesmos atributos desenvolvidos. Isso pode ser asseverado pelo fato da necessidade da transcrição cultural dos instrumentos de avaliação da QV, para posterior aplicabilidade em populações diferentes e também pelo fato do presente estudo ter realizado com os idosos uma observação em participantes de atividades específicas, logo colocando os dados deste em condições superiores mostrando a necessidade do emprego de atividades funcionais aos seres humanos em especial a terceira idade.

Assim descrito por Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001), o tecido muscular perde força e qualidade de contração com o envelhecimento, fato este denominado de sarcopenia.

Para Capodaglio, Ferri e Scaglioni (2005), em estudo realizado na Itália com idosos e, aplicando a estes um protocolo de exercícios resistidos por um período de um ano de observação, puderam concluir que tanto homens como mulheres na terceira idade apresentam recuperação do tecido muscular quando treinados em longo prazo apesar do envelhecimento contribuir com a redução da qualidade de trabalho do tecido muscular.

Estes autores descrevem ainda sobre a necessidade de se mensurar a habilidade funcional associada ao poder de força muscular. Destacam existirem poucos estudos com observação em longo prazo para a determinação de tais situações pós-período de treinamento supervisionado.

Nestes estudos citados anteriormente, os dados correlacionados aos aspectos físicos, para os grupos analisados, trouxeram números compatíveis com “muito boa Qualidade de Vida ou estado de saúde” embora não se tenha mensurado de modo específico esta condição, pois os instrumentos empregados são destinados à avaliação da QV e não da aptidão física, como trata o estudo de Capodaglio, Ferri e Scaglioni (2005), no entanto, mais uma vez fica evidente a necessidade do desenvolvimento de atividades funcionais como descrito neste trabalho com os idosos do SESC Horto.

Estas necessidades ficam evidentes quando observamos o estudo de Cleary e Howell (2006) que avaliaram a QV de idosos da zona rural, porém, sedentários e que apresentam escores de 50,00 (boa QV ou estado de saúde) para os Aspectos Físicos e 40,00 (ruim QV ou estado de saúde) para Capacidade Funcional, colocando-se diferente dos demais trabalhos apresentados até o momento se não em classificação mais sim em valores numéricos, o que pode ser atribuído aos dados descritos nos parágrafos anteriores.

Tais relações com os números encontrados no presente estudo se fazem a partir da boa interação social e com o lazer desenvolvido pelos idosos do SESC Horto, uma vez que estes fazem, semanalmente, atividades diversas estimulando não somente o corpo, mas também a mente, traduzindo assim em “muito boa QV ou estado de saúde” para os aspectos avaliados.

Como descrito por Stella, Pacheco e Sé (2004), a terceira idade não deve ser associada a doenças, mas quando agregada a uma QV desfavorável, pode dispor, antecipadamente, ao idoso, um conjunto de doenças crônico-degenerativas, destacando-se dentre estas, as enfermidades neuropsiquiátricas, sendo que a depressão, a demência, os distúrbios de comportamento e sintomas psicóticos apresentam grande prevalência.

Sendo assim, o presente estudo traz um escore que classifica como “muito boa QV ou estado de saúde” para o aspecto psicológico avaliado pelo WHOQOL-Bref, assim como Albuquerque (2005), que apresenta um escore de 74,81 possuindo a mesma classificação, embora com uma vantagem numérica que, mais uma vez, pode ser explicada ou ao menos correlacionada com as características longitudinais do estudo.

Menta (2003), também apresenta resultados classificados como “muito boa QV ou estado de saúde” para o aspecto psicológico com um escore de 66,00. Este valor embora dê à mesma classificação, mostra valores numéricos inferiores o qual pode ser atribuído ao fato dos idosos avaliados serem asilados e assim pouco participativos em atividades sociais, físicas e recreacionais.

Quando comparado o Aspecto Emocional avaliado agora pelo SF-36 do presente estudo, com os estudos realizados por Ferreira e Santana (2003) com escore de 63,67 e por Albuquerque (2005) com escore de 77,55 verifica-se que eles se assemelham em valores e possuem a mesma classificação, “muito boa QV ou estado de saúde”, quando comparado com Oréfice, Valério e Souza (2006) que apresenta valor com escore de 80,58 e classificação em ‘excelente QV ou estado de saúde’ este se coloca em classificação inferior.

Este diferencial é explicado por Fiorelli e Arca (2002), que descrevem os aspectos emocionais dentre os vários efeitos proporcionados pela hidrocinesioterapia como os mais marcantes, pois, no meio líquido, as ações corporais executadas acontecem de maneira facilitada pelos princípios físicos da água o que torna a auto-estima dos participantes desta atividade aumentada, com a sensação de realização e capacidade de execução das ações corporais.

Estes achados são compatíveis com as informações descritas pelas diretrizes do *American College of Sports Medicine* (2003), o qual detalha sobre como é importante que em um programa de atividade física sejam trabalhados os conteúdos para: desenvolvimento da aptidão cardiovascular (como caminhadas, corridas e natação), melhoria da força muscular, estabilidade postural através de equilíbrio, exercícios resistidos, exercícios com transferência de peso, dança, atividades que visem à flexibilidade muscular, atividades que envolvam a mobilidade das articulações e atividades recreativas que promovam a interação psicossocial.

Essas propostas de programas de atividades para idosos são importantes parâmetros para nortear as atividades físicas e terapêuticas propostas para pessoas com mais idade.

Para Neri (2001), a dimensão bem-estar psicológico e satisfação predominam na gerontologia social, quando este bem-estar é parte integrante do contexto saúde física e relações sociais, os quais associados formam o bem-estar psicológico e dão suporte aos números apresentados até o momento para estes aspectos incluindo o presente trabalho e

reforçando a importância da realização de atividades sociais e físicas não só ao público idoso mais aqui em específico a este evidenciando o sucesso deste tipo de trabalho.

Fox et al. (2007), em estudo sobre atividade física e bem estar mental em idosos, utilizando o SF-36 assevera estas informações descritas anteriormente com escore de 91,24 e classificação em “excelente QV ou estado de saúde” para o domínio Aspectos Emocionais, após acompanharem por 12 meses um grupo de 176 idosos, destacando também a importância do acompanhamento longitudinal das pesquisas e por consequência diferente dos números do presente estudo para o domínio avaliado.

Para Morimoto et al. (2006), os resultados encontrados em seu trabalho com escore de 92,56 (excelente QV ou estado de saúde) se devem à associação de atividades, a rotina dos participantes, do nível de comprometimento destes com a sua saúde, assim como o longo período de observação aos participantes. Logo diferem em alguns aspectos do presente estudo como a partir do escore, passando pela moradia onde no presente estudo a população estudada habita a zona urbana e o estudo comparativo na zona rural, mais o fato do longo período de observação empregado no estudo de Morimoto que foi de 12 meses.

Cleary e Howell (2006) obtiveram resultados diferentes ao presente estudo com escore de 60,00 para os Aspectos Emocionais e classificação em “boa QV ou estado de saúde” embora sua observação não tenha envolvido nenhum tipo de atividade física ou terapêutica com idosos da zona rural, o que pode ser explicado pelo fato da redução das preocupações mentais vivenciadas pelos moradores rurais conforme relatado pelos próprios autores.

Com relação ao aspecto meio ambiente, o presente estudo não fez um levantamento específico, como a porcentagem de pessoas que moram em determinada região, ou ainda, destes entrevistados, quantos se utilizam do meio de transporte coletivo urbano e/ou privado em nossa capital, sobre a satisfação deles com a segurança pública, e demais índices que avaliam este aspecto, além dos índices questionados pelo WHOQOL-Bref. No entanto, os

resultados se assemelham ao estudo de Albuquerque (2005), que fez estes apontamentos com um escore de 64,27 dando assim uma classificação ao aspecto avaliado em “muito boa QV ou estado de saúde” para ambos. Já Menta (2003), não encontrou números e classificação similares, sendo o escore apresentado de 42,40 e, portanto, classificado como “boa QV ou estado de saúde” para os idosos avaliados.

Isso pode ser atribuído, segundo descrições feitas por Sposati (2001), que ressalta a importância do logradouro como componente de vida, ter um lugar, um endereço, uma residência, um domicílio, ser encontrável, são condições básicas para a vida urbana. Ressalta ainda que estes sejam requisitos de cidadania e que, no entanto, ser dono ou poder locar um imóvel, apesar da independência, não implica em melhor QV, mas faz diferença social e ajuda na auto-estima, o que pode contribuir com a QV, uma vez que estamos nos referindo a um construto multidimensional.

As questões segurança e transporte também fazem parte do quesito “meio ambiente” e sua avaliação se faz precursora direta do bom resultado apresentado nos dois trabalhos, sendo que, Albuquerque (2005), descreve que os participantes de sua amostra possuem endereço no centro da cidade e possuem boas condições de saúde e acesso a tratamentos, quando necessário.

Ainda no que diz respeito ao meio ambiente, as condições e oportunidades de recreação e lazer são critérios questionados quanto à avaliação deste e, neste sentido, notamos que tanto os participantes deste estudo como os relacionados com o estudo de Albuquerque (2005), têm acesso a tais atividades, o que pode explicar o resultado obtido, principalmente para o presente estudo, que não teve como objetivo buscar estas informações específicas. Pode-se ainda associar o número apresentado por Menta (2003), à ausência de tais situações, uma vez que quando asilado ou mantido em casas de longa permanência, tais atividades são extremamente restritas.



Souza e Guimarães (1999); Ware e Gandek (1994) descrevem que a QV se refere a uma avaliação subjetiva, a qual inclui tanto as dimensões positivas como as negativas vivenciadas, dentro de um contexto cultural, social e ambiental, o que pôde ser notado nos números apresentados para este critério de avaliação em QV nos idosos avaliados e nos trabalhos citados principalmente em relação aos dados de meio ambiente os quais não foram investigados detalhadamente neste estudo e se apresentam com escore similar ao trabalho de Albuquerque (2005).

Um relevante fator que surge como favorecimento dos resultados do quesito “meio ambiente” para o presente estudo é o fato do local de desenvolvimento das atividades recreacionais e de atividades físicas direcionadas para a terceira idade serem todas desenvolvidas no SESC Horto de Campo Grande, local este diferente de qualquer clínica pública ou privada ou até mesmo de ambulatório hospitalar, ou seja, não tradicional para os hábitos culturais empregados em nosso País para o desenvolvimento de tais atividades em saúde.

Em relação ao “Estado Geral de Saúde”, aspecto este envolvido na avaliação física do SF-36, pode-se colocar que, para o presente estudo e o de Albuquerque (2005), os resultados mais uma vez se assemelham e apresentam uma classificação como “muito boa QV ou estado de saúde” com 73,30 para o estudo de Albuquerque (2005) contra 73,60 para este estudo.

Para Ferreira e Santana (2003), os resultados não se apresentam de modo semelhante aos já citados para o aspecto “Estado Geral de Saúde” com escore de 44,00 e conseqüente classificação como “boa QV ou estado de saúde” que, apesar da mesma classificação, têm dados numéricos desiguais o que pode ser atribuído à ausência de desenvolvimento de atividades físicas e terapêuticas específicas e sim pelo fato do trabalho ter o compromisso com a avaliação da percepção do estado de saúde e QV da população ativa.

Oréface, Valério e Souza (2006) trazem valores superiores assim como uma classificação também mais ampla para este aspecto, com um escore de 81,08 e classificação em “excelente QV ou estado de saúde”. Araújo et al. (1997); Gorayeb, Lopes e Batista, (1999); Fiorelli e Arca (2002), relatam que a prática de atividade física ou terapêutica gera benefícios sobre a capacidade de trabalho físico, potencializando vários parâmetros biológicos, tais como o débito cardíaco, a frequência cardíaca, pressão arterial, padrão respiratório, ritmo de metabolismo basal, o desenvolvimento de massa muscular, a velocidade de condução nervosa, o grau de flexibilidade e mobilidade mioarticulares, o tecido ósseo e a concentração total de água corporal.

Assim o presente estudo se coloca em condição favorável a apresentação de seus resultados para o domínio estado geral de saúde, pois, combinam em suas atribuições funcionais desenvolvidas, critérios para alcançar estas melhorias funcionais citadas anteriormente, justificando os valores encontrados nos resultados para a população avaliada.

Com resultados similares ao citado por Oréface, Valério e Souza (2006), Morimoto et al. (2006) destacam o referido aspecto com escore de 86,00 e conseqüente classificação em “excelente QV ou estado de saúde” colocando-se superior ao presente estudo e asseverando os achados literários descritos acima.

Fox et al. (2007), não apresentam dados relativos aos aspectos físicos avaliados pelo SF-36 e Cleary e Howell (2006) possuem valores numéricos e classificação inferior ao presente estudo com escore de 40,10 (ruim QV ou estado de saúde), tendo como justificativa exatamente o inverso dos relatos apresentados para os aspetos físicos, pois, um dos seus critérios de inclusão era o sedentarismo, fato este que valoriza ainda mais a atividade física e terapêutica aplicada à terceira idade.

Huge et al. (2006), em sua avaliação com idosos alemães moradores da zona rural, porém estes participando do *Munich Functional Restoration Program* não descrevem

resultados superiores ao presente estudo, com escore de 60,00 e classificação em “boa QV ou estado de saúde” sendo que o tempo de observação de 6 meses realizado no estudo de Hüge e colaboradores pode ter significado esta diferença.

Quando analisado o aspecto “Vitalidade”, avaliado pelo SF-36, Albuquerque (2005), apresenta um escore final de 73,83 e classificação em “muito boa QV ou estado de saúde”, números estes compatíveis com Oréfice, Valério e Souza (2006), com um escore de 75,00 dados estes equivalentes em classificação com o presente estudo, assim como os resultados descritos por Fox et al. (2007) com escore de 80,10 com Hüge et al. (2006) com escore de 77,65 com Cleary e Howell (2006) com escore de 73,00 diferenciando apenas de Morimoto et al. (2006) com escore 82,00 com classificação em “excelente QV ou estado de saúde” de porém contrários ao descrito por Ferreira e Santana (2003), com escore de 44,86 o que pode ser mais uma vez explicado pelas colocações de Capodaglio, Ferri e Scaglioni (2005), Forti e Chacon-Mikahil (2004), pelo *American College of Sports Medicine* (2003), e por Fiorelli e Arca (2002), que preconizam os benefícios produzidos pelas atividades físicas e terapêuticas aplicadas para a terceira idade, em linhas gerais ao organismo humano e, em especial aos idosos, o que pode ser indicativo, ainda, do número menos expressivo, em relação ao estudo de idosos portugueses, pois estes não desenvolviam atividades físicas e/ou terapêuticas específicas.

Assim descrito por Fiorelli e Arca (2002), e Neri (2001), as boas condições físicas, em consonância com as mentais, fazem parte do contexto bem-estar psicológico e estão diretamente ligadas aos efeitos fisiológicos proporcionados pelas atividades desenvolvidas, como descrito também pelo *American College of Sports Medicine* (2003), fato este que auxilia na apresentação dos dados referentes à Saúde Mental, avaliados pelo SF-36, sendo que o trabalho de Albuquerque (2005), apresentou uma média final de 73,20 contra 75,33 para Oréfice, Valério e Souza (2006), médias essas inferiores às deste estudo, porém, com a

mesma classificação, “muito boa QV ou estado de saúde”, sendo que o presente trabalho possui um escore de 80,90 muito próximo de excelente, deixando transparecer que as ações empregadas para os idosos freqüentadores do programa SESC Horto, na cidade de Campo Grande – MS, estão atingindo seus objetivos no que diz respeito à manutenção, à melhora e à prevenção da saúde mental.

Seguindo a mesma temática Fox et al. (2007) apresenta números e classificação superiores a estes com escore de 83,00 sendo que este estudo diz respeito ao acompanhamento por 12 meses de idosos que realizavam atividades físicas correlacionando esta atividade com a melhora da saúde mental dados estes equivalentes para Morimoto et al (2006) que apresentou a mesma classificação para a Saúde Mental com escore de 82,30 após avaliação da QV em idosos que realizavam atividades físicas, também por um período de 12 meses sendo estes similares com Hüge et al (2006) com escore de 81,30 para o mesmo aspecto avaliado.

Estes dados são precursores da melhora da QV para condições mentais associados às condições físicas adequadas, podendo ser correlacionadas com a existência de boa interação entre o corpo e a mente, no entanto diferenciando dos dados do presente estudo.

Ferreira e Santana (2003) apresentam um escore inferior aos já descritos com 64,15 para os idosos avaliados em seu estudo para o mesmo aspecto, porém com a mesma classificação dos trabalhos Oréfice, Valério e Souza (2006) e Albuquerque (2005), podendo assim sugerir que as ações de vida cotidiana não suprem, em sua totalidade, as necessidades do organismo na mesma proporção que as ações específicas, tanto no aspecto físico quanto mental.

Em relação ao aspecto Dor, avaliado pelo SF-36, o trabalho de Albuquerque (2005), apresenta um escore final de 68,56 contra 61,30 de Oréfice, Valério e Souza (2006) o que deixa ambos, em valores numéricos, inferiores ao presente estudo. No entanto, os três

possuem a mesma classificação, “muito boa QV ou estado de saúde”, isto em consonância com os critérios propostos neste trabalho.

Já Ferreira e Santana (2003) apresentam um escore de 49,84 para este aspecto avaliado, sendo classificado como “boa QV ou estado de saúde” classificação e escore similar ao de Cleary e Howell (2006) com 50,20 obtendo classificação diferente do presente estudo. Vale destacar que em ambos os trabalhos, não se preconizaram qualquer tipo de atividade física ou terapêutica específica para a terceira idade, estes eram apenas avaliados quanto a sua QV em condições sedentárias.

Para Márquez e Souza (2003), o envelhecimento produz efeitos importantes nos diversos sistemas do organismo. No entanto, estas modificações podem favorecer o aparecimento de processos mórbidos dolorosos, o que justificaria a condição dolorosa apresentada. No entanto, o presente estudo traz dados superiores aos citados anteriormente sugerindo que as atividades do SESC Horto têm melhor ação sobre o controle doloroso, talvez por apresentar dados significativos em relação aos aspectos emocionais, saúde mental e capacidade funcional uma vez que a dor possui características físicas e emocionais envolvidas em seu contexto.

Morimoto et al. (2006) e Hüge et al. (2006) apresentam dados diferentes do presente estudo com escores de 83,00 e 81,20 respectivamente e consequente classificação em “excelente QV ou estado de saúde” para o domínio em questão.

Helme e Gibson (1997, 1999), destacam haver um aumento da prevalência da dor com o progredir da idade, em especial após os 65 anos após a realização de estudos epidemiológicos com idosos norte-americanos: a dor é freqüente em 32 a 34%, ocasional em 20 a 25%, aguda em 6 a 7% e crônica em 48 a 55% dos casos nesta faixa etária.

No entanto Kraychete et al. (2003) em estudos relacionados à dor com idosos brasileiros descrevem ser esta condição clínica algo controvertido dentro da literatura

existente, pois estudos epidemiológicos têm sugerido um declínio desse sintoma entre 75 e 84 anos. Trazem ainda como nexos causais a estes os fatores socioeconômicos, laborativos, o aumento do peso corporal, a má postura, a fraqueza dos músculos, em especial os antigravitacionais, a sobrecarga excessiva ao sistema músculo-esquelético e a falta de condicionamento físico em relação à idade e ao sexo.

Tone et al. (2005) apresentam dados relativos à experiência de dor crônica vivenciada em três diferentes faixas etárias na população norte-americana e destaca que o grupo de meia idade apresentou maiores queixas em relação à intensidade da dor e a sua influência na condição social, isto em relação ao grupo mais jovem e o mais velho avaliado, corroborando assim com o descrito por Kraychete et al. (2003), em relação à faixa etária e as manifestações dolorosas encontradas em seu estudo também com idosos.

No que se refere ao presente estudo e aos demais citados, incluindo os de Morimoto et al. (2006) e Hüge et al. (2006) pode-se relacionar os valores dolorosos encontrados às descrições apresentadas por Fiorelli e Arca (2002), que destacam as reações orgânicas provenientes da execução de movimentos terapêuticos ou, até mesmo, das atividades físicas que em linhas gerais, promovem a liberação de moderadores intrínsecos da dor, e.g., as endorfinas, as encefalinas e a serotonina, o que corrobora com Salaffi, et al. (2005), que descrevem sobre as modificações em relação à atividade e ao metabolismo dos neurotransmissores em idosos, que possivelmente estariam associados a sua maior ativação quando em resposta as ações físicas desenvolvidas por tais atividades, bem como com as colocações feitas por Kraychete et al. (2003), e por Ariëns, et al. (1999), que destacam que a redução dos sintomas dolorosos em idosos está associada às alterações na síntese dos mediadores químicos corporais, às alterações das terminações nervosas e da derme, fato que induziria à redução da sensação nociceptiva da dor.

Teixeira e Figueiró (2001) apontam 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 com as questões pessoais existentes nesta faixa etária, o que direcionaria a idéia de maior idade e menor dor, uma vez que se tem com o avançar da idade a redução da atividade de vida diária, bem como alteração da função nociceptiva dolorosa.

Shiguemoto (2004) relata que a presença de alterações anatômicas do sistema nervoso periférico na cútis também tem sido comprovada, fato este que reforça os achados descritos em relação à avaliação da dor aqui apresentados. Segundo Shiguemoto os receptores táteis apresentam acentuadas alterações de caráter degenerativo, os corpúsculos de Meissner apresentam atrofia progressiva, resultando na redução acentuada de sua densidade neste tecido. Descreve ainda que até 90% desses corpúsculos podem desaparecer no indivíduo idoso, e que aqueles que sobrevivem apresentam alterações morfológicas, adotando formas irregulares.

De acordo com os resultados apresentados neste trabalho, a intensidade da dor avaliada pela escala de faces ficou descrita, pela maioria dos entrevistados, como “dor que machuca um pouco mais” com intensidade numérica igual a dois, o que pode ser explicado pelos relatos anteriores descritos e ainda pelo grande número de mulheres da amostra, as quais, segundo a literatura, apresentam maior prevalência de dor, sendo que os aspectos endócrinos, culturais e de hábitos de vida parecem estar relacionados com esta prevalência. Os aspectos biológicos podem contribuir com essas diferenças. Admite-se também que a dor, especialmente a enxaqueca, a orofacial, a fibromialgia, o cólon irritável, a artrite reumatóide, a dor por esforços repetitivos e da esclerose múltipla sejam comuns em mulheres (TEIXEIRA; FIGUEIRÓ, 2001).

Kraychete et al. (2003), apresentam dados que sugerem asseverar tais informações com um percentual de 67,80% de mulheres, avaliadas em seu estudo, com queixas de dor correlacionado ao aparelho locomotor.

Tendo em vista que a maioria dos participantes da amostra do presente estudo é composta pelo sexo feminino, há dificuldade de se fazer tal correlação. No entanto, a intensidade da “dor descrita como dor que machuca um pouco mais”, com valor numérico igual a dois, não denota esta condição descrita anteriormente pela literatura o que poderia ser justificado pelo fato das atividades físicas, terapêuticas e sociais desenvolvidas pelos idosos avaliados neste estudo estimularem em seus organismos a síntese de substâncias endógenas capazes de reduzir a dor, como é o caso da endorfina e da serotonina, associado ainda com o aumento da faixa etária e com os relatos de redução dolorosa par a mesma.

Huge et al (2006), após aplicação do protocolo *Munich Functional Restoration Program* em idosos com queixas funcionais e de dor crônica, constataram similaridade com os fatos descritos anteriormente e com o presente estudo tanto para a intensidade da dor como para o sexo em relação a redução dolorosa, pois ao iniciarem os trabalhos 80% dos participantes apresentavam dor com intensidade igual a sete e finalizaram os trabalhos com 75% destes com intensidade igual a três, sendo a intensidade da dor avaliada pela Escala Visual Analógica que varia de zero a dez.

Esta condição em relação à baixa intensidade da dor não pode ser atribuída para o trabalho de Kraychete et al. (2003), pois a média de intensidade dolorosa mensurada através da Escala Visual Analógica de dor apresentada em seu estudo foi de 8,6 no total, sendo que as mulheres tiveram um maior percentual em relação aos homens com 8,8 e 8,2 respectivamente, sendo 50 anos a média de idade da população avaliada, o que reforça os dados já descritos de que a dor não se intensifica com o progredir da idade e que apresenta maior intensidade no



sexo feminino, dados estes que se assemelham e justificam os dados do presente estudo diferenciando-os de Kraychete et al. (2003).

Já para o baixo percentual de respostas em relação à dor que “machuca muito mais do que se possa imaginar”, com valor numérico cinco para o presente estudo, deixa claro que as atividades desenvolvidas pelos idosos avaliados apresentam boas respostas aos mecanismos reguladores da dor, conforme descritos anteriormente, bem como em relação ao sexo, pois neste trabalho a grande maioria da população é composta por mulheres, assim como no estudo de Hüge et al (2006) o que sugere maior aplicabilidade e acompanhamento destes trabalhos junto aos idosos, assim como sugerem Capodaglio, Ferri e Scaglioni (2005), em seu trabalho com a resposta muscular, após longo prazo de treinamento aplicado à terceira idade.

Ao avaliar os dados da localização dolorosa, agora determinados pelo diagrama corporal, verifica-se a grande incidência nas articulações de suporte, mais especificamente nos joelhos, e são sugestivos de afecções reumáticas do tipo Osteodegenerativas, conforme descrito no trabalho de Kraychete et al. (2003), com 162 diagnósticos destas enfermidades, totalizando 33,8% da amostra, colocando-as como as principais causas de dor na população avaliada, o que corrobora com Yoshinari e Bonfá (2000), quando descrevem dados epidemiológicos para as patologias de cunho degenerativo articular, apresentando-as como sendo as grandes vilãs na lista da Previdência Social ocupando o terceiro lugar a nível nacional.

No entanto, o trabalho de Kraychete et al. (2003), traz dados de maior prevalência de dor na região lombar da coluna vertebral, com 27,8% de queixas, sendo esta dor a segunda mais freqüente no presente estudo, o que destaca a similitude entre os resultados obtidos, evidenciando a região lombar como prevalente para dor em idosos, podendo até relacioná-las com os hábitos de vida e com a atividade ocupacional desenvolvida pelos avaliados.

Para Yoshinari e Bonfá (2000), na terceira idade as falências orgânicas presentes no processo de envelhecimento mais especificamente no sistema músculo-esquelético, contribuem para o surgimento destas patologias e, neste caso, os membros inferiores e as chamadas articulações de suporte agregam grande percentual destas condições clínicas descritas.

Estas informações descritas anteriormente se assemelham com os dados apresentados por Helme e Gibson (1997, 1999), quando então os indivíduos com 65 a 85 anos, ou mais, de idade, apresentavam dor na região das articulações em cerca de 50% dos casos, na região lombar em 40 a 45%, nos membros inferiores em 37 a 50%, no tórax em 7 a 9%, no segmento cefálico em 3 a 5% e em outras regiões do corpo em 4 a 7%, dados estes que não corroboram com este estudo diferenciando na ordem de descrição e nos percentuais destas, sendo que, para a população analisada as articulações dos membros inferiores sobressaem em relação à região lombar.

Uma similaridade a ser pontuada entre os dados de Helme e Gibson (1997, 1999) em relação ao presente estudo, diz respeito ao percentual de acometimento no tórax, já que para a ordem de surgimento, a região dos ombros, a coluna vertebral (porção cervical) e a abdominal citadas neste estudo se destacam em relação ao trabalho citado, sobressaindo-se ainda em relação aos dados numéricos percentuais apresentados.

Já para o segmento cefálico, o percentual numérico mostra-se condizente nos trabalhos, porém a sua ordem de surgimento também se apresenta de modo diferente, tendo em vista o relato de queixas dolorosas em membros superiores, inferiores e abdômen, em ordem de surgimento e valores percentuais maiores.

Assim podem-se asseverar os relatos descritos por Helme e Gibson (1997, 1999), Ariëns et al. (1999), Teixeira e Figueiró (2001), Fiorelli e Arca (2002), Márquez e Souza (2003), Kraychete et al. (2003), Shiguemoto (2004), Salaffi, et al. (2005), Tone et al. (2005),

para a população analisada, os quais destacam os fatores intrínsecos geradores da dor e, conseqüentemente, moderadores da mesma para a terceira idade, juntamente ao seu surgimento em faixas etárias variadas e a influência no desenvolvimento de atividades de vida diária, bem como a realização de atividades específicas aos idosos como fator de melhora em seu controle.

Quando comparados os resultados obtidos entre o SF-36 e a escala de faces para a avaliação da dor nos idosos participantes desta, pode-se observar uma boa correlação entre os instrumentos utilizados, quando avaliado as intensidades de modo individualizado, uma vez que tanto a média de dor do SF-36 como os valores apresentados pela maioria dos idosos através da escala de faces (intensidade 2) possuem valores considerados “bons” para esta condição avaliada, o que pode ser justificado pelos estudos citados anteriormente, os quais apresentam condições e situações tanto intrínsecas como extrínsecas variadas, seja para o surgimento como para a intensidade da dor em idosos, bem como a sua correlação de intensidade com a faixa etária descrita.

Estes dados colocam, ou ao menos sugerem estar em condições de igualdade estes instrumentos para avaliar e descrever condições dolorosas em idosos e, portanto, colocam-se como adequados a esta investigação clínica nesta população.

Lacerda et al. (2005) apresentam dados de intensidade e de localização da dor em idosos com condições contrárias e este. No que se refere à localização da dor, a região dorsal com 48% das queixas lideram os dados seguidos dos membros inferiores com 24%. Quanto à intensidade da mesma, os dados de Lacerda et al. (2005) trazem a descrição de dor insuportável com 36% dos avaliados e 28% com descrição de intensidade leve para a dor.

Estas diferenças nos achados de Lacerda et al. (2005) se relacionam diretamente ao fato dos idosos do presente estudo realizar atividades físicas, terapêuticas e sociais o que estimula a resposta corporal a estímulos variados incluindo-se os dolorosos, pela liberação de

substâncias endógenas já descritas como a serotonina, a endorfina e as encefalinas servindo estas como moduladoras da dor.

Vale ressaltar os méritos do presente trabalho na avaliação e mensuração dolorosa em idosos os quais realizam atividades, deixando claro a necessidade de implementação de outros trabalhos neste sentido e deixa transparecer ainda que, somente o fator idade não reduz a sensação dolorosa como descrito por Kraychete et al. (2003), pois a média de idade para o grupo avaliado por Lacerda et al. (2005) foi de 70 anos.

O que realmente possui destaque é a combinação de fatores como o desenvolvimento de atividades funcionais, sociais, recreacionais e de lazer como realizado pelos idosos do presente estudo, pois, assim como a dor e a sua deflagração e sensação, os efeitos estimulantes da sua modulação também são variados, ficando aqui caracterizados nestes resultados.

Ao analisar os resultados descritos percebe-se também a existência de correlação entre a dor e a QV para a população avaliada, tanto nos dados referentes ao SF-36 quanto para o WHOQOL-Bref.

Este resultado apesar de ser relacionado somente a uma variável para determinação da QV, isso de acordo com o instrumento idealizado por Ware e Sherbourne (1992), e que, Albuquerque (2005), Souza e Guimarães (1999), Ware e Gandek (1994), apontam, também a QV como uma avaliação subjetiva, a qual inclui tanto as dimensões positivas como as negativas, vivenciadas dentro de um contexto cultural, social e ambiental, destacando ainda ser este construto multidimensional, ou seja, dependente de outras variáveis. A dor representa, para o presente estudo, um fator predisponente para a boa QV na população avaliada.

Quanto maior a intensidade da dor descrita pelos avaliados, menor QV estes possuem e, segundo Rowbotham (2001), a dor é uma experiência genuinamente individual, caracterizada por uma experiência multidimensional diversificada quanto à sua qualidade e

intensidade e pode ser modificada por variáveis afetivo-motivacionais, que interferem na realização de atividades de vida diárias e conseqüentemente na QV.

Outra relação pouco existente foi encontrada entre os instrumentos de avaliação da QV, pois estes apresentaram dados numéricos em seus escores pouco similares deixando evidente as diferenças de desempenho destes em relação ao construto QV aqui avaliado.

Notou-se através do tratamento estatístico realizado, que ambos os instrumentos não possuem esta relação na maioria dos aspectos avaliados, o que apesar de serem classificados como instrumentos genéricos não se relacionam em sua grande maioria de dados apresentados.

Em relação ao WHOQOL-Bref, Fleck (2000), quando em sua validação para o português, já havia destacado a excelente característica do instrumento na avaliação da QV. Hei-Fen et al. (2003), também apresentaram conclusão semelhante em seu trabalho de validação desse instrumento para a população idosa de Taiwan, quando descrevem ser apropriado o uso do referido instrumento para idosos, destacando ainda sua boa consistência interna no que diz respeito ao teste-reteste bem como sua aplicabilidade para a percepção das modificações relativas à população analisada, o que garante a sua faceta genérica na avaliação da QV relacionada à saúde.

Hei-Fen et al. (2003) apresentam escores de 80.00 para o domínio Psicológico, de 71,00 para o domínio Meio ambiente e de 46,00 para o domínio Relação social, os quais numericamente se diferem mais em classificação se mostram próximos com boa e muito boa QV ou estado de saúde.

Outro aspecto a ser notado para a relação dos instrumentos diz respeito à validação de uma medida para avaliar QV, que preencha as especificidades do idioma e da cultura a serem utilizados o que pode ser sugestivo de ideal para estes instrumentos validados para o

português, uma vez que os dados se mostram favoráveis e em consonância com a literatura mundial existente.

Ciconelli (1997), quando em sua apresentação de validação dos dados do SF-36 para o português, também descreve similaridades com a literatura existente, no entanto, quando comparados junto a avaliação da QV em idosos, estes dados não se relacionaram em sua maioria o que pode ser sugestivo da faixa etária específica ou até mesmo das limitações que estes podem apresentar apesar de toda a consagração existente.

Foram observadas associações estatisticamente significativas somente nos cruzamentos: Capacidade funcional x Aspecto físico; Aspectos físicos x Aspecto psicológico; Vitalidade x Relação social; Aspectos sociais x Relação social; Aspectos sociais x Meio ambiente; Aspectos emocionais x Aspecto físico; Aspectos emocionais x Aspecto psicológico e Saúde mental x Aspecto psicológico.

Ao avaliarmos estes aspectos podemos relacioná-los a suas proximidades, tais como: a capacidade com os aspectos físicos os quais são altamente relacionados dentro dos achados literários já descritos por Capodaglio, Ferri e Scaglioni (2005), Forti e Chacon-Mikahil (2004), pelo *American College of Sports Medicine* (2003), e por Fiorelli e Arca (2002). Outro dado a ser destacado é o da relação aspectos físicos e psicológicos como descritos por Stella, Pacheco e Sé (2004), que relacionam atividade corporal com bem estar emocional e até mesmo com relação à deflagração de neurotransmissores responsáveis por estas condições (FORTI; CHACON-MIKAHIL 2004 e FIORELLI; ARCA 2002).

Assim como a vitalidade relacionada com as relações sociais, as quais mostram interação sob a ótica do bem estar corporal com a boa socialização, a vontade o prazer a necessidade do ser humano em interrelacionar-se. A participação efetiva na sociedade depende da vontade de viver de cada um, de acordo com os relatos dos participantes desta.

A relação existente entre os aspectos sociais e as relações sociais, aspectos emocionais e aspectos psicológicos, saúde mental e aspectos psicológicos se mostram evidentes para as pessoas com boa relação entre estes, pois, tem direcionamento equivalente.

Quando relacionado os aspectos sociais com os de meio ambiente percebe-se que os relatos de Sposati (2001) têm amplo significado, pois, o fato de se ter um moradia, um local de identificação são dados relativos aos aspectos sócio-demográficos os quais ficam aqui explicitados.

## 8 CONCLUSÃO

Conclui-se que a população avaliada apresenta muito boa QV, tanto para os escores apresentados pelo SF-36 quanto para o WHOQOL-Bref.

Quanto à prevalência de dor na população avaliada esta se mostra altamente predominante nas regiões articulares, sendo que as denominadas articulações de suporte perfazem um maior índice entre as relacionadas.

Quanto à intensidade da dor, verifica-se que esta possui um índice “muito bom” a ser considerado apresentando-se como “tolerável” entre os participantes da pesquisa, o que pode asseverar ou ao menos justificar os relatos literários de que quanto maior a idade menor a intensidade da dor bem como a sua correlação com o sexo.

Embora a sua prevalência encontra-se descrita em locais importantes para a execução de atividades de vida diária e de vida prática, o que poderia limitar tais realizações, isto não ficou demonstrado pelos escores dos instrumentos de avaliação da QV em relação aos aspectos físicos e à capacidade funcional da população avaliada, o que explica a subjetividade, tanto em linhas afetivas quanto motivacionais da dor.

Conclui-se também que, não há relação entre todos os domínios avaliados pelos instrumentos de avaliação da QV, o que pode sugerir alterações na a descrição de seus idealizadores para o seu emprego em linhas gerais, ou seja, de maneira genérica para avaliação da QV relacionada à saúde. Isso fica evidente quando os dados descritos pelos instrumentos, em relação à QV dos idosos avaliados não apresentam similaridade em seus escores finais para a maioria dos aspetos avaliados.

Ao avaliar os dados encontrados no SF-36 com a Escala de Faces com relação à intensidade de dor, encontra-se grande similaridade entre eles, o que denota boa correlação



interna entre os mesmos, deixando transparecer que, para a maioria da população avaliada, estes instrumentos obtiveram boa sensibilidade.

Infere-se também que, ao deparar-se com altos índices de intensidade de dor, os entrevistados possuíam menor QV, tanto para os escores do SF-36 como para os escores do WHOQOL-Bref quanto para a demarcação na Escala de Faces, o que coloca esta condição clínica como um determinante direto na avaliação da QV pelos entrevistados, fato este que pode ser relacionado com a subjetividade da dor ou até mesmo com a subjetividade do que é ter QV para os entrevistados, uma vez que QV e dor possuem fatores determinantes de ordem multifatorial.

Pode-se concluir também que o tempo de exposição às atividades tanto físicas quanto terapêuticas também influencia nos resultados, tanto aos aspectos físicos como emocionais da avaliação da QV.

Conclui-se também que o envelhecimento por si só não é uma doença e que a maior parte das pessoas idosas não tem uma saúde debilitada. O envelhecimento está acompanhado de mudanças físicas e emocionais, o que incrementa a possibilidade de desenvolver doenças crônicas e conseqüente perda da QV.

Isso mostra a necessidade de implementação de novos trabalhos para a população idosa perfazendo assim um maior número de participantes envolvidos, buscando cada vez mais a melhoria das condições de saúde para esta faixa etária, pois o aumento da sobrevida populacional, em nível nacional, é algo que não deve ser ignorado, já que é parte integrante da nossa realidade e faz com que o idoso não signifique só o passado como também o futuro.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhoria da Qualidade de Vida de idosos**. 2005. 246 f. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J. M. La Version Espanola del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clinicos. **Med Clin**. Barcelona, v. 104, p. 771- 776, 1995.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; Panel on Chronic Pain in Older Persons: Clinical practice guidelines. **Journal AGS**, New York, v. 46, p. 635 – 651, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Text Revision**. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

ANDERSON, H. I. et al. Chronic Pain a Geographically Define General Population: study of differences in age, gender, social class and localization. **Clinic Journ Pain**, v.9, p. 174-182. 1993.

ARAÚJO, D. A. C. et al. Avaliação do Metabolismo Lipídico e de Carboidratos Durante a Terapia de Reposição Hormonal na Pós-menopausa. **Reprodução e Climatério**, v. 12, n. 4, p. 197-201, 1997.

ARIËNS, G. A. M. et al. **Epidemiology of Pain**. Seattle: IASP Press, 1999.

AUGUSTO A. C. C. et al. Avaliação da Dor em Idosos com Doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.7 n.1, p. 5-11. 2006.

AUQUIER P.; SIMEONI M. C.; MENDIZABAL H. Approches Théoriques et Méthodologiques de la Qualité de Vie liée à la santé. **Revue Prevenir** v. 33, p. 77-86, 1997.

BARR, J. O. Controle Conservador da Dor no Paciente Idoso. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BELL, A, T; The older athlete. **Sports Physical Therapy**, Montreal: v.65, p 45-56, 1990.

BONICA, J. J.; LOESER, J. D. History of Pain Concepts and Therapies. In: LOESER, J. D. Bonica, J. J. **Management of Pain**. 3ª edição. Philadelphia: Wilkins, 2001.

BOWLING A. **La Medida de la Salud: Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida**. Masson, Barcelona. 1994.

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

\_\_\_\_\_. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília, 9p, 1996.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 016 de 20 de dezembro de 2000. **Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, 2000.

BRATTBERG, G et al. The Prevalence of Pain Amongst the Oldest Old in Sweden. **Pain**, Seattle, v.67, p. 29-34, 1996.

BRAZIER, J.E.; et al, Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. Chicago: **BMJ**, v. 15, p. 57-80, 1992.

BULLINGER, M. German Translation and Psychometric Testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA project. New York: **Soc Sci Med**, v. 10, p. 10-35, 1995.

CAPODAGLIO P.; FERRI A.; SCAGLLONI, G Effects of a Partially Supervised Training Program in Subjects Over 75 years of age. **Aging Clin Exp Res**, Seattle, v. 17, n. 3, p. 174-180, 2005.

CARDOSO, W. L. C. D. Saúde Mental, Trabalho e Qualidade de Vida. **Revista Interações**, Coimbra: Cuarteto, v. 5, p. 65-78, 2001.

CARNEIRO, N. M. **Acupuntura Baseada em Evidências**. Florianópolis: Edição particular, 2000.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

CHAPMAN, R. S.; SYRJALA, K.L. Measurement of Pain IN: BONICA, J.J. **The management of pain**. Philadelphia: Lea Febiger, 1990.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida**. 1997.120 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CLEARY, K. K.; HOWELL, D. M. Using the SF-36 to Determine Perceived Health-related Quality of Life in Rural Idaho Seniors. **Journal Allied Health**, Washington, v. 35, p. 156-161, 2006.

\_\_\_\_\_ Medidas de Avaliação de Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.43, n.2, 2003. Disponível em: [www.revbrasreumatol.com.br](http://www.revbrasreumatol.com.br) . Acesso em 09 Abr. 2004.

COHEN, H. **Neurociências para Fisioterapeutas – incluindo correlações clínicas**. São Paulo: Manole, 2001.

CROMBIE, I, K.; DAVIES, H. T. O. Requirements for Epidemiological Studies. In: CROMBIE, I. A. et al. **Epidemiology of pain**. Seattle: IASP Press, 1999.

DAVINI, R.; NUNES, C. V. Alterações no Sistema Neuromuscular Decorrentes do Envelhecimento e o papel do Exercício Físico na Manutenção da Força Muscular em Indivíduos Idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.7, n. 3, p. 201-207, 2003.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia Preventiva – fundamentos e aplicações**. Barueri: Editora Manole, 2002.

DEMIRAL, Y. et al. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. **BMC Public**, Turkey (Izmir), v.6, p. 247-255, 2006.

DUTHIE, E. H.; História e Exame Físico. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

FELDMAN, M. D.; FORD, C. V. Factitious Disorders. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Kaplan e Sadock's **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7ª edição. Philadelphia: Lippincott, 2000.

FERREIRA, M. A.; SANTANA A. Percepção de Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da População Activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 21, n. 2, p. 15-30, 2003.

FERREL, B. R; FERREL, B.A. Pain in the Elderly. **Up-date review, Refresher course syllabus**, Seattle, v.4, p. 35-44, 1996.

FILHO, E. T. C.; NETTO, M. P. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

FIORELLI, A.; ARCA, E, A. **Hidrocinesioterapia: princípios e técnicas terapêuticas**. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-Bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 19-28, 1997.

FORTI, V. A. M.; CHACON-MIKAHIL, M. P. T. Qualidade de Vida e Atividade Física na Terceira Idade. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teoria e prática**. 1ªed. Barueri: Manole, 2004.

FOX, K. R. et al. Physical Activity and Mental Well-being in Older People Participating in the Better Ageing Project. **Europ Appl Physiol**, Bristol, v. 6, p. 45-59, 2007.

GANDOLFI, L. M. Fisioterapia Preventiva em Grupos na Terceira Idade. **Fisioterapia em Movimento**. v. 13, p. 34-47, 2001.

GENTILE, K.M. Review of the Literature on Interventions and Quality of Life in Frail Elderly. In: LAWTON, M.P. **The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly**. San Diego: Academic Press, 1991.

GIANCHELLO, A, L. Health Outcomes Research in Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v. 21, p. 235-254, 1996.

GOLD, M, R. et al. Identifying and Valuing Outcomes. In: Haddix, A.C.; Teutsch, S.M.; Shafer, P, A.; Dunet, D, O. Prevention Effectiveness: a Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation. **Oxford University Press**, v. 9, p. 82-123, 1996.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teoria e prática**. 1ª ed. Barueri: Manole, 2004.

GORAYEB, N.; LOPES, C. M. C.; BATISTA, C. A. A Mulher Atleta. In: GORAYEB, N.; BARROS NETO, T. L. **O Exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos**. São Paulo: Atheneu, 1999.

GRACELY, R. H.; NALIBOFF, B. D. **Mensurament of Pain Sensation: pain and touch**. 2ª edição. San Diego: Academic Press, 1996.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

GUERTZENSTEIN, E. Z. Psicopatologia da Dor. In: TEIXEIRA, A. B. et al. **Dor contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003.

GUILLEMIN, F. Measuring Health Status Across Cultures. **Rev. Rheumatologia Europ**, Paris, v. 5, p. 45-59, 1995.

HEI-FEN, H. et al Suitability of the WHOQOL-Bref for Community-dwelling Older People in Taiwan, **Age and Ageing**, v. 32, n. 6 p. 593-600, 2003.

HELME, R. D.; GIBSON, S. J. Pain in Older People. **Epidemiology of pain**. Seattle: IASP Press, v.12, p. 103-112, 1999.

HELME, R. D.; GIBSON, S. J. Pain in Older People. In: JERSEN, T. S.; TURNER, J. A.; WIESENFELD-HALLIN, Z. **Proceedings of 8º Word Congress on Pain**. Seattle: IASP Press, 1997.

HELME, R. D; KARTZ, B. Manegement of Chronic Pain. **The Medical Journal**, Australian, v. 58, p. 78-81, 1993.

HERMAN, E.; SCUDDS, R. Dor. In: PICKLES, B. et al **Fisioterapia na Terceira Idade**. 2ª edição. São Paulo: Santos, 2000.

HUGE, V. et al. Impact of a Functional Restoration Program on Pain and Health-related Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain. **Pain Med**, Germany, v. 6, p. 501-508, 2006.

JAROS, J. A. The Concept of Pain. **Nurs Clin North Am**, v.3, p. 1-10, 1991.

KEMOUN, G.; RABOURDIN J. P. Rééducation en Gériatrie. **Encycl. Méd. Chir. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadatation**. Paris: Elsevier, 1997.

KIMURA, A. F. **Enfrentando Desafios e Transformações para vir a ser Mãe e Profissional**. São Paulo, 1999. 202p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KRAYCHETE, D. C. et al. Perfil Clínico de Pacientes com Dor Crônica do Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – UFBA. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p. 34-42, 2003.

LACERDA, P. F. et al. **Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 29 – 40, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

LAWTON, M.P. **The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly**. San Diego: Academic Press, 1991.

LOESER JD. The Future: will pain be abolished or just pain specialists? **Amer. Pain Soc Bull**, New York, v. 11, p. 6-10, 2001.

LUSTRI, W. R.; MORELLI, J. G. S. Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. Barueri, SP: Manole, 2004. 02, 37-84.

MAGNI, G. et al. Chronic Musculoskeletal Pain and Depressive Symptoms in the General Population. **An analysis of the 1° National Health and Nutrition Examination. Survey Pain**. v.43, p. 293-300, 1990.

MAILIS, A.; PAPAGAPIOU, M. Profile of Patients Admitted to the Pain Facility of a University Affiliated acute care Hospital. **Pain Clinic**. Chicago, v.6, p.71-82, 1993.

MÁRQUEZ, J. O.; SOUZA, M. C. Dor em Idosos. In: TEIXEIRA et al.. **Dor contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003.

MATHIAS, S. Rapid Translation of Quality of Life Measures for International Clinical Trials: avoiding errors in the minimalist approach. **Qual Life Res**, Montreal, v. 3, p. 403-412, 1994.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade Física e Envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev. Bras Med Esporte**. São Paulo, v. 7, p. 26-35, 2001.

MENTA, S. A. **Qualidade de Vida em idosos asilados**. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

MERSKEY, H. et al. Pain Terms: a list with definitions and notes on usage. **Recommended by IASP subcommittee on taxonomy pain**. v.6, p. 249-252, 1979.

MIKKELSSON, M. et al. Psychiatric Symptoms in Preadolescents with Musculoskeletal Pain and Fibromialgia. **Rev Pediatrics**, New York, v. 100, p. 220-227, 1997.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Cienc. Saúde Col**. São Paulo, v. 5, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde do Idoso**. Disponível site Ministério da Saúde. URL: <http://www.saude.gov.br/idoso>. Acesso em: 23 de outubro de 2000.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M. A. P. **Noções Práticas de Reumatologia**. 2ª edição. Belo Horizonte: Saúde Ltda, 1998.

MORIMOTO, T. et al. Gender Differences in Effects of Physical Activity on Quality of Life and Resource Utilization. **Qual Life Res**, Kyoto, v. 15, p. 537-546, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. Londrina: Midiograf, 2001.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001.



\_\_\_\_\_. Qualidade de Vida na Velhice. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. 1ª edição. Barueri: Manole, 2004.

NETTO, P. M. **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

OJUGAS, A, C. A Dor através da História e da Arte. In: **Atlas Medical Publishing**, São Paulo: Elsevier, 1999.

O M S - Organização Mundial de Saúde. **The World Health Report**. Genebra; 1998.

ORÉFICE, J. L. F.; VALÉRIO, S. D.; SOUZA, J. C. Qualidade de Vida em Idosas Submetidas a Tratamento Hidrocinesioterapêutico. In: **Fórum Internacional de Qualidade de Vida e Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 4, p.224, 2006.

PASCHOAL, S, M, P. **Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião**. 2000. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEREIRA, C. U.; FILHO, A. S. A. **Neurogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

PERNEGER, T.V. et al. Validation of a French-language Version of the MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36) in Young Healthy Adults. **Journal Clin Epidemiol**, Paris, v. 48, p.1051-1060, 1995.

PICKLES, et al **Fisioterapia na Terceira Idade**. 2ª edição. São Paulo: Santos, 2000.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M, J. Questionário de Dor de McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa (McGill Pain Questionarie: Adaptacion Into Portuguese Language). **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 47, p. 177-186, 1997.

PIRES, C. M. R. Fisiologia do Exercício Aplicada ao Idoso. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teoria e prática**. 1ªed. Barueri: Manole, 2004.

REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso**. 1ª edição. Barueri: Manole, 2004.

REJESKI, W. J.; BRAWLEY, I. R.; SCHUMAKER, S. A. Physical Activity and Health-Related Quality of Life. **Exerc. Sport Sci. Rev.** New York, v. 24, p. 71-108, 1996.

REY, R. **History of Pain.** Paris: Éditions La Découverte, 1993.

RODRIGUES, A. P.; DIOGO, M. J. **Como Cuidar dos Idosos.** Campinas: Papirus, 2002.

ROUSSEAU, P. Pain Management in the Elderly Population. **Annual Meeting of American Geriatrics Society**, Chicago, v.2, p. 34-67, 1996.

ROWBOTHAM, M. C. What is a Clinically Meaningful Reduction in Pain? **Jounal Clin Epidemiol**, New York, v. 94, p. 131-132, 2001.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. **Geriatrics.** Rio de Janeiro: Hill, 2001.

SALAFFI, F. et al Health-related Quality of Life in Older Adults with Symptomatic Hip and Knee Osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls. **Aging-Clinical-and-Experimental-Research.** v. 17, p. 23-34, 2005.

SANFONS, M. P. **Algumas Considerações sobre Envelhecimento e Atividade Física.** Disponível em: [www.maturidade.com.br](http://www.maturidade.com.br), Brasil, 2000. Acesso em: 15 de Janeiro de 2006.

SCHIPPER, H. Why Measure Quality of Life? **Med Assoc Journal**, v. 128, p.1367-1370, 1986.

SHIGUEMOTO, G. E. Avaliação do Idoso: anamnese e exame da performance física. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica. A prática da assistência ao idoso.** Barueri: Manole, 2004.

SION, R. P.; BAGIELLA, E.; POWELL, T. Religion, Spirituality and Medicine. **Lancet**, v.353, p. 664-667, 1999.

SKARE, T. L. **Reumatologia – Princípios e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SCOTT, J; HUSKISSON, E, C. Graphic Representation of Pain. **The Medical Journal Pain**, New York, v. 2, p. 175-184, 1976.

SOBRINHO, E. A. G.; CARVALHO, M. B.; FRANZI, S. A. Aspectos e Tendências da Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia (RSBC)**, v. 15, p. 28-39, 2000.

SOUZA J. C.; GUIMARÃES L. A. M. **Insônia e Qualidade de Vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.

SOUZA, J.C. **Sono, Hábitos, Qualidade de Vida e Acidentes em Caminhonistas do Brasil e de Portugal**. 2004. 46f. Pós-doutorado. Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2004.

SPIPKER B. **Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials**. 2ª.edição. New York: Lippincott-Raven, 1996.

SPIRDUSO, W. W.; CRONIN, D.L. Exercise Dose-response Effects on Quality of Life and Independent Living in Older Adults. **Med. Sci. Sports Exerc.** Chicago, v. 6, p. 598- 608, 2001.

SPOPSATI M. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Social em Saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, p. 187-92, 2001.

STELLA, F.; PACHECO.; J. L.; SÈ, E, V, G. Psiquiatria Geriátrica. In: **Psicopatologia e Psiquiatria Básicas**. SOUZA, J, C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. 1ª edição, São Paulo: Vetor Editorial, 2004.

SULLIVAN, M.; KARLSSON, J.; WARE, J.E. The Swedish SF-36 Health Survey. In: Evaluation of data Quality, Scaling Assumptions, Reliability and Construct Validity Across General Populations. **Soc Sci Med**, v.41, p. 1349-58, 1995.

SUPIANO, J, C.; KETAMINE, C. **New Lock at an Old Drug. Current Opinion in Anaesthesiology**. Montreal: Life, 2002.

TEIXEIRA, M. J. **A Lesão do Trato de Lissauer e do Corno Posterior da Substância Cinzenta da Medula Espinal e a Estimulação Elétrica do Sistema Nervoso Central para o Tratamento da Dor por Desferentação**. 1990. 256 f. Tese (Doutorado em medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

\_\_\_\_\_. Avaliação da Dor: fundamentos teóricos e análise crítica. **Rev. Medicina de São Paulo**. v. 78, n.2, p. 85-144, 1999.

\_\_\_\_\_.; FIGUEIRÓ J. A. B. **Dor. Avaliação do doente com Dor.** São Paulo: Moreira Jr, 2001.

\_\_\_\_\_.; PIMENTA, C. A. Avaliação do doente com Dor: In. TEIXEIRA, M. J; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor.** São Paulo: Artes médicas, 2001.

\_\_\_\_\_ et al. **Dor Contexto Interdisciplinar.** 1ª edição. Curitiba: Maio, 2003.

TONE, R. et al. Age and the Experience of Chronic Pain: Differences in Health and Quality of Life Among Younger, Middle-Aged, and Older Adults. **Clinical Journal of Pain.** Chicago, v. 21, p. 513-523, 2005.

VANDERVOORT, A. Alterações Biológicas e Fisiológicas. In: PICKLES, et al. **Fisioterapia na Terceira Idade.** 2ª edição. São Paulo: Santos, 2000.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care,** Boston, v. 6, n. 30, p. 473-83, 1992.

\_\_\_\_\_. et al. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation. **New England Medical Center. The Health Institute,** Boston, v. 1, p. 45-87, 1993.

\_\_\_\_\_.; GANDEK, B. The IQOLA Project Group. The Sf-36 Health Survey: Development and use in Mental Health Research and the IQOLA Project. **Journ Ment Health,** v. 23, p. 49-73, 1994.

WARE, J.E. et al. Comparison of Methods for the Scoring and Statistical Analysis of SF-36 Health Profile and Summary Measures: summary results from the medical outcomes study. **Med Care,** v. 33, p. 264-279, 1995.

WIROTIUS, J. M. Histoire de la Rééducation. **Encycl. Méd. Chir. Kinésithérapie Médecine Physique Réadaptation,** Paris, v. 26, p. 5-10, 1999.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of assessment. **Psychol Méd,** Switzerland, v. 28, p. 551-8, 1994.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Switzerland, v. 10, p. 1.403-409, 1995.

YOSHINARI, N, H.; BONFÁ, R. **Reumatologia para o Clínico**. São Paulo: Roca, 2000.









**ANEXO I****PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA COM SERES HUMANOS****DECLARAÇÃO**

Declaramos, para fins de direito, que o projeto "Qualidade de vida e prevalência de dor na terceira idade", de responsabilidade de José Luís Feltrin Oréfice, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco-CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 01 de junho de 2006.



Regina Stela Andreoli de Almeida  
Presidente do CEP/UCDB

## ANEXO II

### Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida (MOS SF-36).

#### PESQUISA: “QUALIDADE DE VIDA E DOR NA TERCEIRA IDADE”.

Sexo:                      Idade:                      Raça:                      Cor:

Nível de Escolaridade:

Profissão / Ocupação:                      Tempo na função:

#### Comorbidades:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)
- |                  |   |
|------------------|---|
| Excelente _____  | 1 |
| Muito boa _____  | 2 |
| Boa _____        | 3 |
| Ruim _____       | 4 |
| Muito ruim _____ | 5 |
2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)
- |  |   |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás _____  | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás _____  | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás _____              | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás _____ | 4 |
| Muito pior agora que há um ano atrás _____       | 5 |

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

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
Subir vários lances de escada.	1	2	3
Subir um lance de escada.	1	2	3
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
Andar mais de um quilometro.	1	2	3
Andar vários quarteirões	1	2	3
Andar um quarteirão	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	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 dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	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 gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma \_\_\_\_\_ 1

Ligeiramente \_\_\_\_\_ 2

Moderadamente \_\_\_\_\_ 3

Bastante \_\_\_\_\_ 4

Extremamente \_\_\_\_\_ 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(circule uma)

Nenhuma \_\_\_\_\_ 1

Muito leve \_\_\_\_\_ 2

Leve \_\_\_\_\_ 3

Moderada \_\_\_\_\_ 4

Grave \_\_\_\_\_ 5

Muito grave \_\_\_\_\_ 6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma \_\_\_\_\_ 1

Um pouco \_\_\_\_\_ 2

Moderadamente \_\_\_\_\_ 3

Bastante \_\_\_\_\_ 4

Extremamente \_\_\_\_\_ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo 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?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

Todo tempo \_\_\_\_\_ 1

A maior parte do tempo \_\_\_\_\_ 2

Alguma parte do tempo \_\_\_\_\_ 3

Uma pequena parte do tempo \_\_\_\_\_ 4

Nenhuma parte do tempo \_\_\_\_\_ 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

## ANEXO III

### WHOQOL - Bref

#### Versão em Português

#### PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEBRA.

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck Professor Adjunto Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre – RS – Brasil.

#### Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece ser a melhor resposta.



		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisf eito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

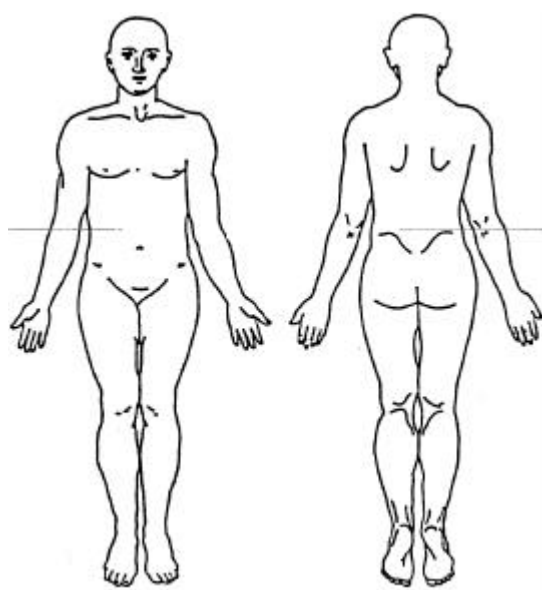
## ANEXO IV

**DIAGRAMA CORPORAL E AVALIAÇÃO DE INTENSIDADE DA DOR**

Possui algum tipo de Dor Corporal? ( ) Sim ( ) Não

Onde sua dor se localiza?

Por favor, marque nos desenhos abaixo, as áreas em que você sente dor. Use E se externa, I se interna, próximo às áreas marcadas. Use EI se ambas.



Qual a cara que mais se parece com a sua Dor?

