



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISA RAQUEL SOARES DE QUEIROZ

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS AUTÔNOMOS COM QUEIXAS DE DOR: estudo
de caso em uma Unidade Básica de Saúde da Família - Campina Grande, PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

ISA RAQUEL SOARES DE QUEIROZ

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS AUTÔNOMOS COM QUEIXAS DE DOR: estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde da Família - Campina Grande, PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Ms. Mércia Maria Paiva Gaudencio

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

Q3c

Queiroz, Isa Raquel Soares de.

Caracterização de idosos autônomos com queixas de dor [manuscrito] : estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde da Família - Campina Grande, PB / Isa Raquel Soares de Queiroz. – 2012.

33 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Mércia Maria Paiva Gaudencio, Departamento de Enfermagem”.

1. Idoso. 2. Dor muscular. 3. Atenção básica.
4. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

ISA RAQUEL SOARES DE QUEIROZ

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS AUTÔNOMOS COM QUEIXAS DE DOR: estudo
de caso em uma Unidade Básica de Saúde da Família - Campina Grande, PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau de
Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em 04/07/12.

Mércia Maria Paiva Gaudencio

Profª Ms. Mércia Maria Paiva Gaudencio/UEPB

Orientadora

Francisco Stélio de Sousa

Profº. Dr. Francisco Stélio de Sousa/UEPB

Membro da Banca Examinadora

Gerlane Ângela da C. Moreira

Profª Ms. Gerlane Ângela da Costa Moreira / UFCG

Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mostrar-me a cada dia o quanto a vida é preciosa me cobrindo de bênçãos.

Aos meus pais, pelo incentivo, apoio e amor durante toda a minha vida.

Ao meu filho João Miguel por aceitar me dividir junto a minha paixão que é a Enfermagem

Aos meus irmãos pelo carinho e confiança.

Aos meus colegas de turma por serem meus companheiros, em especial Suelen e Larissa.

Aos meus colegas Petianos (as), que mesmo com pouco contato sempre se mostraram fonte de companheirismo.

A Prof^a Mércia pelo exemplo de profissional a ser seguido e pela orientação nesse trabalho.

A Prof^a Gerlane e ao Prof^o Stélio que prontamente aceitaram meu convite em participar da banca examinadora.

RESUMO

O estudo em tela teve por objetivo caracterizar os idosos participantes, além de identificar queixas de dor e doenças referidas; descrever características, local e frequência da dor e tecer associações entre as variáveis investigadas. Trata-se de um estudo de caso descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 70 pessoas com idade maior de 60 anos, autônomas e cadastradas na Equipe II da UBSF Bonald Filho, localizada no bairro Monte Santo em Campina Grande, PB. O instrumento de coleta de dados foi composto por variáveis sociodemográficas e clínicas. Com a aplicação do Teste Qui-quadrado verificou-se diferença estatística significativa entre presença de dor e sexo ($p=0,020$) e dor e escolaridade ($p=0,002$). Diante dos resultados deste estudo constatou-se que a dor interfere de maneira negativa na capacidade funcional dos idosos e que são necessários maiores informações por parte dos profissionais de enfermagem, em especial da atenção básica a respeito da mensuração da dor, além das consequências que esta pode acarretar. Tendo em vista que a pouca informação a respeito do conteúdo pode acarretar um despreparo e consequente banalização do impacto que a dor causa no idoso.

DESCRITORES: Idosos, Dor, Atenção Básica, Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to characterize screen the elderly participants, and identify complaints of pain and disease in question; describe characteristics, location and frequency of pain and weaving associations between the variables investigated. This is a descriptive case study with a quantitative approach. The study sample consisted of 70 people aged over 60 years, autonomous and registered in Team II UBSF Bonald Filho, located in the neighborhood Monte Santo in Campina Grande, PB. The data collection instrument consisted of demographic and clinical variables. Applying the Chi-square test there was a statistically significant difference between the presence of pain and sex ($p = 0.020$) and pain and educational level ($p = 0.002$). Considering the results of this study it was found that the pain interferes negatively in the functional capacity of older people and that more information is needed by the nursing professionals, especially primary care regarding the measurement of pain, and the consequences that this can entail. Given that little information about the content can cause a lack of preparation and consequent trivialization of the impact that pain gives the elderly.

KEYWORDS: Elderly, Pain, Primary Care, Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica dos idosos autônomos da UBSF Bonald Filho, Campina Grande-PB.....	17
Tabela 2. Localização, Características e Frequência da Dor entre Idosos Autônomos.....	22
Tabela 3. Associação entre dor, a doença referida pelos idosos e as variáveis sociodemográficas investigadas.....	23

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição dos idosos autônomos da UBSF Bonald Filho, Campina Grande-PB segundo doenças referidas.....19
- Gráfico 2.** Distribuição dos idosos autônomos da UBSF Bonald Filho, Campina Grande-PB com queixas de dor.....20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DA LITERATURA: OBSERVAÇÕES SOBRE A DOR ENTRE IDOSOS.....	12
3. MÉTODOS.....	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos.....	16
4.2 Doenças referidas pelos idosos autônomos.....	19
4.3 Idosos com queixas de dor.....	20
4.4 Locais, Características e frequência da dor entre idosos autônomos.....	22
4.5 Associações entre a dor, a doença referida pelos idosos e variáveis sócio-demográficas investigadas.....	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
6. REFERÊNCIAS	
7. ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Para garantir os direitos de todos os brasileiros com 60 anos ou mais de idade foi criada, no ano de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Sua finalidade primordial é recuperar, manter e promover a saúde e a autonomia dos indivíduos idosos, através da adoção de medidas coletivas e individuais, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se que para a pessoa idosa gozar de todos os direitos que lhes são assegurados, é necessário que preserve sua autonomia. Minas Gerais (2006, p.16) conceitua autonomia como “a capacidade e o direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida”.

Consultando o texto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), verificou-se que a autonomia dos idosos é definida através de uma série de dimensões e não apenas através da avaliação funcional. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil (2006, p. 37) compreende a autonomia como:

uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária.

Tecendo associações entre esta definição e a melhoria das condições básicas de sobrevivência dos brasileiros, verificou-se que se ampliou a expectativa de vida, cresceu o contingente populacional de idosos e intensificaram-se as discussões acerca da manutenção da autonomia. Há, então, que se considerar que concomitante ao aumento da expectativa de vida amplia-se a necessidade de cuidados, fundamentalmente em razão das incapacidades funcionais inerentes ao processo de envelhecimento. Atrelado a esta questão está à ocorrência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas que usualmente incidem nesta faixa etária. Atenção particular é dada a instalação de doenças crônicas e a ocorrência de dores, uma vez que estas podem incapacitar ou prejudicar a funcionalidade da pessoa idosa. Esta é uma das razões que tem colocado no centro das discussões acadêmicas questões referentes a manutenção da autonomia e a instalação da dependência entre idosos.

No idoso a autonomia pode ser comprometida tanto por doenças físicas e mentais, como por restrições econômicas e educacionais. Infelizmente é frequente observar que na vigência

de situações de dependência o indivíduo também corre o risco de não ser respeitado. Nesta circunstância torna-se facilmente compreensível o medo que as situações de dependência geram e o fato de serem apontadas com fator desencadeante de quadros depressivos.

Nesse sentido, a manutenção da autonomia dos idosos é uma questão diretamente ligada à qualidade de vida. Um grande desafio para manutenção da qualidade de vida consiste em redescobrir possibilidades do idoso viver a vida cotidiana com o máximo de independência, mesmo considerando as limitações que podem ocorrer neste período do desenvolvimento humano. Não podemos deixar de considerar que existem dificuldades de natureza cultural que limitam e desvalorizam os idosos, e que atingem mesmo aqueles que permanecem socialmente ativos.

Destarte, no Art. 2.º do Estatuto do Idoso seja preconizado que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral 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.

É possível estabelecer associações empíricas entre o grau de autonomia e a natureza dos cuidados prestados (na maioria dos casos pelos familiares), e deduzir que quanto menos autônomo o idoso, maior a dependência e a necessidade de cuidados familiares.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, indivíduos que apresentam alguma dificuldade na realização de atividades instrumentais são considerados potencialmente passíveis de desenvolver fragilidade. A “fragilidade” é um conceito relacionado à diminuição da capacidade funcional, aumento da dependência para atividades da vida diária e utilização de serviços de saúde. Os idosos considerados fragilizados necessitam, portanto, de atenção diferenciada por parte dos familiares e dos profissionais de saúde.

A avaliação da capacidade funcional permite determinar o grau de dependência do idoso e identificar quais cuidados este indivíduo requer. Para tanto as atividades cotidianas são didaticamente classificadas como: atividades básicas de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (BRASIL, 2006). As primeiras, ou seja, as AVD são aquelas relacionadas ao autocuidado, tais como a alimentação, a higiene e o controle das necessidades fisiológicas. Já as AIVD, dizem respeito às atividades sociais e se o indivíduo é capaz de ter uma vida independente dentro da comunidade, executar tarefas, fazer compras, manipular medicamentos e realizar afazeres domésticos.

Lembramos que investigações que tem por objeto a qualidade de vida e a manutenção da autonomia dos idosos representam, no campo acadêmico, um desafio, uma vez que contemplam a experiência do envelhecimento ativo e saudável.

Tendo por base estas observações tomou-se por questão central deste estudo a investigação de queixas de dor e de seus determinantes entre idosos autônomos. Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos: caracterizar os idosos que participaram deste estudo; identificar queixas de dor e doenças referidas; descrever características, local e frequência da dor e tecer associações entre as variáveis investigadas.

Embora este seja um estudo de caso e os resultados não possam ser generalizados, podem auxiliar a esclarecer aspectos obscuros relacionados à dor entre idosos. Considera-se também que estudos nesta temática podem sensibilizar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, para o problema da dor entre idosos e, por último, julga-se que os resultados poderão contribuir para com a formação de novas atitudes assistenciais entre enfermeiros inseridos na atenção básica.

2. REVISÃO DA LITERATURA: OBSERVAÇÕES SOBRE A DOR ENTRE IDOSOS

A dor é considerada a mais significativa entre as consequências que a transição demográfica e a longevidade têm trazido à sociedade (DELLAROZA et al., 2007). E, como anteriormente referido, pode interferir na qualidade de vida da pessoa idosa acarretando depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte, fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas, dificuldade de concentração, entre outros (FERREL et al., 1991).

Nesse sentido, Herr et al. (1998) e Kedziera et al. (2001 apud ANDRADE et al. 2006) consideram uma acentuada prevalência de dor em idosos está diretamente associada a desordens crônicas, principalmente doenças musculoesqueléticas como artrites e osteoporose. Além do aumento na incidência de câncer, a elevada necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas álgicas nesse grupo etário.

Andrade et al. (2006) afirmam que a dor na pessoa idosa necessita ser diagnosticada, mensurada, avaliada e devidamente tratada com objetivo de minimizar a morbidade e melhorar a qualidade de vida.

De acordo com Celich et al.,(2009, p.346)

A dor, quando presente na vida do idoso, instiga, consome, enfraquece o que ele tem de mais precioso – a vida. A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitando sua capacidade de interação e convívio social – situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida.

Considerando estatísticas acerca da dor, dados do MS do Brasil (2004 apud CELICH et al. 2009), mais de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica e 15% pelo menos cinco dessas doenças, entre as quais as mais frequentes são a hipertensão e o diabetes. Além disso, a presença de patologias crônico-degenerativas, tais como o desgaste do sistema osteomuscular, são inerentes ao processo de envelhecimento e podem provocar dor. Ainda, verificamos que Teixeira et al. (2001 apud DELLAROZA et al., 2007) afirmam que entre 80% e 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predispõem a apresentar dor e aproximadamente 50% a 60% dos pacientes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados por ela, de modo transitório ou permanente.

Os autores supra citados relatam que a dor é frequente em 32% a 34% dos idosos, ocasional em 20% a 25%, aguda em 6% a 7% e crônica em 48% a 55%. A dor é definida pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não ao dano real ou potencial de lesões dos tecidos. Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais. Esta relacionada com a memória individual, com as expectativas e as emoções de cada pessoa, sendo classificada como aguda ou crônica (PEDROSO et al., 2006).

Alguns estudos apontam que fatores externos ao organismo, tais como a depressão, consumo excessivo de álcool e tabagismo e intervenientes psicossociais podem estar diretamente associados à presença de dor crônica. Fatores sócios demográficos como idade, peso corporal, sexo e etnia, condição socioeconômica, nível de escolaridade, situação conjugal e ausência de atividade física apresentam, frequentemente, associações positivas com a ocorrência de dores (TURNE et al., 2004 apud SÁ et al., 2009).

Existem várias formas de classificar a dor, sendo a frequência com que a dor acontece uma das mais utilizadas. Neste sentido, Silva et al., (2002 apud CELICH et al. 2009) classificam a dor em aguda e crônica. A dor aguda surge de forma súbita e tem como função alertar o indivíduo para o perigo de uma lesão. A dor crônica é descrita como aquela com

duração maior de seis meses, ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado para a causa desencadeante da dor.

Celich et al. (2009, p.346) ao abordarem a dor crônica entre idosos afirmam que hoje ela é conceituada como “um fenômeno complexo e multifatorial, que envolve aspectos orgânicos e psicossociais, e interfere sobremaneira na qualidade de vida da pessoa idosa”.

São apontadas como principais causas de dor no idoso, especialmente de dor crônica, as doenças osteoarticulares (principalmente as degenerativas), osteoporose e suas consequências, fraturas, doença vascular periférica, neuropatia diabética e outras neuropatias periféricas, neuralgia pós herpética, síndrome dolorosa pós-acidente vascular encefálico (AVE), dor do membro fantasma, polimialgia reumática, lombalgias, doenças neoplásicas, distúrbios musculoesqueléticos e quaisquer condições com prejuízo de mobilidade (CHOPRA et al., 2006 e FINE, 2009 apud SANTOS et al, 2011 (1))

No entanto, Smeltezer & Bare (2009) relatam que a resposta à dor nas pessoas idosas pode estar diminuída por causa da acuidade reduzida ao toque, alterações nas vias neurais e diminuição no processamento dos dados sensoriais. Estudos epidemiológicos têm mostrado que com o avançar da idade ocorre uma redução da dor em todos os seus sítios, com exceção das articulações.

Santos et al. (2009) alertam que

Em idosos com deficiências cognitivas, o diagnóstico e tratamento da dor podem tornar-se um problema ainda maior, o que, em parte, se justifica pela maior dificuldade em sua avaliação. Por isso a tendência atual em considerar a dor como o quinto sinal vital, devendo, pois, ser abordada em toda avaliação clínica.

Martinez et al. (2004 apud DELLAROZA et al. 2008) realizaram um estudo em pacientes com dor crônica, acompanhados nos três níveis de assistência a saúde, e observaram uma grande demanda de dor crônica em serviços de atenção básica. Em alguns estudos a dor crônica foi mais observada em mulheres (DELLAROZA et al. 2000 e JAKOBSSON, 2004) e, segundo Smith et al., (2001) os idosos mais velhos apresentaram maior percentual de dor crônica que os demais.

Segundo Teixeira et al.(2001), as lombalgias são uma das causas mais comuns de incapacidades decorrentes de afecções do aparelho locomotor. Especial atenção é dada a frequência de dores nos pés e nas pernas, sendo destacado que este desconforto aumenta acentuadamente com o progredir da idade. Tratando desta mesma temática Montagnini (2001 apud DELLAROZA et al. 2008) afirma que “a dor nos membros inferiores pode gerar

transtornos na marcha e quedas com possibilidades de fraturas, acarretando significativa incapacidade nos idosos”.

Para Dellaroza et al. (2007), cabe destacar a porcentagem de idosos com queixas de dores noturnas. Lembramos que esta condição pode interferir, na usualmente alterada, qualidade do sono dos idosos e que repercute sobre a disposição física e mental.

Por último destaca-se que os autores anteriormente citados consideram que os profissionais de enfermagem, em particular os que atuam na atenção básica, devem centralizar suas ações na promoção do bem estar e no alívio da dor dos idosos. Para tanto os enfermeiros devem programar cuidados para proporcionar o alívio da dor e promover conforto, possibilitando condições para os idosos enfrentarem positivamente suas limitações e manterem uma qualidade de vida considerada satisfatória.

3. MÉTODOS

O presente trabalho tem por origem a pesquisa intitulada “Avaliação Funcional em Idosos Assistidos pela Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, Campina Grande-PB”, desenvolvida no âmbito do Programa Educação pelo Trabalho/PET Saúde da Pessoa Idosa, através de parceira estabelecida entre a Universidade Federal de Campina Grande, Universidade Estadual da Paraíba e Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, ao qual a autora esteve vinculada na condição de pesquisadora. Caracteriza-se com um estudo de caso descritivo, com abordagem quantitativa. O cenário foi a UBSF Bonald Filho, localizada no bairro Monte Santo em Campina Grande, PB. Os sujeitos foram idosos residentes no território da referida Unidade Básica.

No território foram localizados 213 idosos e a amostra foi proporcionalmente selecionada nas 6 microáreas da ESF investigada. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: residir na área de abrangência da Equipe II, da UBSF Bonald Filho; ter idade superior ou igual a 60 anos e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Respeitados os critérios de inclusão a amostra foi constituída por 46 idosos classificados como autônomos e que se queixam de dor.

Os dados foram coletados durante o mês de fevereiro de 2012, através do instrumento Formulário de Avaliação Sócio-funcional em Idosos (IASFI). Para identificação dos idosos autônomos, conforme já referido, foram utilizados resultados obtidos em pesquisa anteriormente realizada e intitulada “Avaliação Funcional em Idosos Assistidos pela Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, Campina Grande-PB”. Naquele estudo para estimar a autonomia dos idosos foi empregado o instrumento proposto por Sidney Katz (1963), através

do qual é possível avaliar a independência funcional dos idosos no desempenho das atividades básicas de vida diária (AVD). Também foi usado o instrumento proposto por Lawton (1969), para avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Estes instrumentos são amplamente utilizados em pesquisas nacionais e internacionais, além de serem reconhecidos como sólidos instrumentos para a avaliação funcional da pessoa idosa na atenção básica (BRASIL, 2006).

A coleta de dados foi precedida por levantamento nos prontuários da UBSF para seleção dos domicílios que seriam visitados. Acompanhados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram realizadas as visitas domiciliares. Caso o domicílio visitado possuísse uma pessoa idosa, mas esta estivesse ausente, uma nova visita era marcada. Na ocorrência de mais de um idoso residindo no domicílio, todos participaram da pesquisa.

Uma vez coletados e organizados os dados foram submetidos à análise estatística descritiva (frequência, percentagem), realizada com auxílio do software SPSS, versão 16.0 e o Programa Microsoft Excel 2010. O Teste do Qui-Quadrado foi utilizado para verificar a associação entre a variável dor e doença, idade, sexo, estado civil, escolaridade, trabalho, renda mensal. Foi utilizado o Teste Fisher's Exact quando os valores absolutos nas distribuições das variáveis apresentavam valor inferior a 5. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < \text{ou} = 0,05$. O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), só sendo executado após anuência desse órgão e registro sob o protocolo número 20112111-060. Foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e respeitadas as diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse estudo foram utilizados os dados dos idosos classificados como autônomos. Para tanto, utilizaram-se os instrumentos de Katz (1963) que avalia a capacidade funcional através das atividades de vida diária básica (AVD) e de Lawton (1969) para avaliar o desempenho funcional através de atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Dessa forma, foram classificados como autônomos 70 dos idosos que serão trabalhados no estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS

Ao iniciar a apresentação e discussão dos resultados não se pode deixar de considerar que o Brasil, a semelhança do que ocorre nos países em desenvolvimento, ainda se encontra

em transição demográfica e que os resultados obtidos assemelham-se aos que definem o perfil dos idosos brasileiros em outros estudos, tal como o realizado por Camarano (2004).

Através da Tabela 1, são apresentadas as variáveis eleitas para caracterizar sócio-demograficamente os idosos participantes deste estudo.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica dos idosos autônomos da UBSF Bonald Filho, Campina Grande-PB. N=70

Variáveis	F	%
Idade		
60-69	32	45,70%
70-79	25	35,70%
80-89	12	17,10%
90 e mais	1	1,50%
Total	70	100,00%
Sexo		
Feminino	45	64,28%
Masculino	25	35,72%
Total	70	100,00%
Estado Civil		
Casado/U. E	44	62,85%
Solteiro	6	8,58%
Divorciado	9	12,86%
Viúvo	11	15,71%
Total	70	100,00%
Escolaridade		
Analfabeto	13	18,57%
1º grau incompleto	40	57,15%
1º grau completo	1	1,42%
2º grau incompleto	2	2,86%
2º grau completo	5	7,15%
Superior incompleto	0	0%
Superior completo	1	1,42%
Outros (analfabeto funcional)	8	11,43%
Total	70	100,00%
Trabalha		
Sim	13	18,60%
Não	57	81,40%

Total	70	100,00%
Ocupação		
Aposentado	47	67,10%
Benefício	3	4,30%
Pensão	1	1,40%
Outra fonte de renda	19	27,20%
Total	70	100,00%
Renda Mensal		
< 1 salário	1	1,40%
1 a 2 salários	52	74,30%
2 a 3 salários	14	20,00%
3 a 4 salários	1	1,40%
> 4 salários	1	1,40%
Recusou a responder	1	1,40%
Total	70	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa

A visualização desta Tabela permite, inicialmente, constatar que há maior número (45,70%) de idosos com menor idade, ou seja, na faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos. Por outro lado verifica-se que o menor percentual (1,50%) de idosos possui 90 anos ou mais. Segundo Paskulin et al. (2007, p.758) “as projeções das Nações Unidas indicam que, em 2050, 23,6% da população brasileira será de adultos idosos”.

Considerando o sexo dos pesquisados verifica-se que a maioria (64,28%) é de mulheres, dado que comprova as referências a maior longevidade entre este gênero. Informações do IBGE (SÁ et al., 2009) confirmam a tendência de feminilização da população idosa, uma vez que as mulheres geralmente vivem por mais tempo que os homens. Também os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação de saúde desfavorável para os homens que precisa ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Em se tratando de estado civil a maioria (62,85%), referiu ser casada ou ter uma união estável. Registrou-se ainda um percentual significativo de idosos viúvos (15,71%) e divorciados (12,86%). Estes números também podem ser observado no estudo de Celich et al (2009), uma vez que a maioria dos idosos que participaram do referido estudo são casados, seguidos pelos viúvos.

No que concerne à escolaridade, registramos um baixo grau de escolaridade entre idoso, tendo em vista que a maioria da amostra (57,15%) é composta por indivíduos que cursaram o primeiro grau incompleto, seguidos de analfabetos (18,57%) e analfabetos

funcionais (11,43%). Nossos dados repetem os resultados encontrados em pesquisas realizadas no Nordeste do Brasil (SILVA et al., 2011; TORRES et al., 2009), nas quais podem ser observadas taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos.

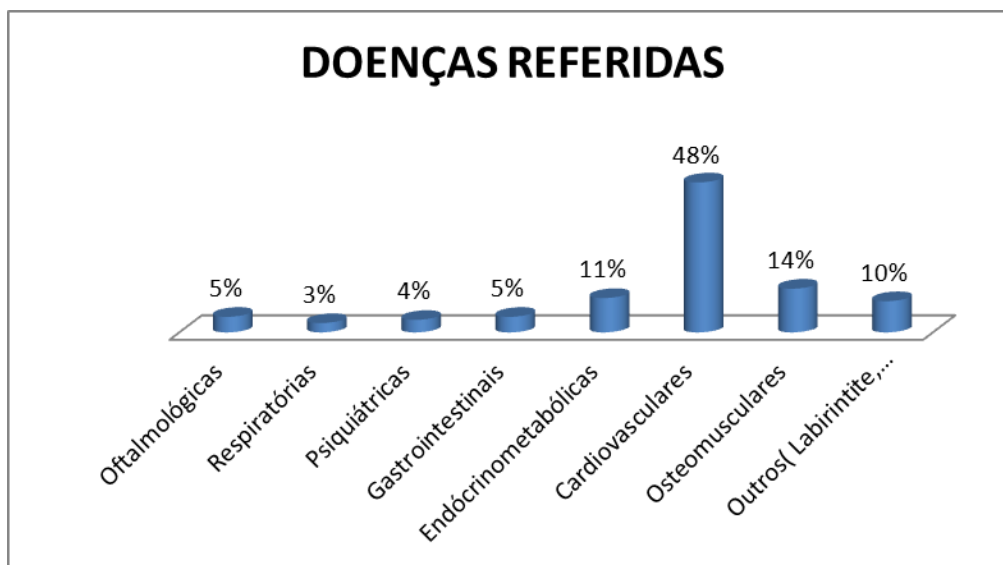
No que diz respeito aos idosos e atividade laboral, 81,4% referem não trabalhar. Acredita-se que manter uma atividade laboral na idade avançada deveria ser uma opção do indivíduo para manter-se ativo e sentir-se capaz de continuar atuando no mercado de trabalho, e não constituir necessidade econômica de complementação de renda. Quando indagados sobre a ocupação atual 67,1% responderam que eram aposentados. No que diz respeito a outra fonte de renda 27,2% dos idosos possuem outras fontes de renda, tais como o Programa Bolsa Família; 4,3% recebem benefício e 1,4% recebem pensão.

A renda mensal dos idosos gerou-se em torno de 1 a 2 salários (74,3%) e 1,4% representam os idosos com renda menor que um salário mínimo, assim como 1,4% dos idosos apresentam renda maior que 4 salários mínimos.

4.2 DOENÇAS REFERIDAS PELOS IDOSOS AUTÔNOMOS

O perfil de saúde da população brasileira, no contexto de transição epidemiológica, mostra que as doenças crônicas não-transmissíveis afetam grande parte da população de idosos do nosso país. A maioria (89%) dos indivíduos que participaram desta pesquisa referiu ter alguma doença diagnosticada, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos idosos autônomo da UBSF Bonald Filho, Campina Grande-PB segundo doenças referidas. N=70



Fonte: Dados da pesquisa

Obseva-se que dentre as doenças mais frequentemente referidas pelos idosos estudados estão as cardiovasculares (48%), seguidas das osteomusculares (14%) e endocrinometabólicas (11%). A idade avançada é um importante fator de risco para a ocorrência de patologias osteomusculares, uma vez que com o processo de envelhecimento biológico ocorre comprometimento das estruturas do aparelho locomotor sendo afetados os ossos, músculos, tendões e articulações de todas as regiões do corpo (REIS et al. 2008).

Silva et al. (2011, p. 1142) relatam que “apesar de o processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos”. No mesmo sentido Silvestre et al. (2003, p. 840) comentam que “a presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente”.

Alguns estudos destacam que adoecer e envelhecer não são sinônimos, no entanto algumas enfermidades são mais frequentes nos idosos, e acarretam uma maior necessidade de cuidados, inclusive no que diz respeito a assistência de enfermagem. O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência.

Quando se instala uma enfermidade no idoso, um dos problemas mais comuns é a ocorrência de dores, e em significativa parcela deles, de dores de natureza crônica. Esta se constitui como uma das principais queixas do indivíduo idoso, fato que pode interferir severamente na qualidade de vida (SILVESTRE et al., 2003 e LACERDA et al., 2005).

4.3 IDOSOS COM QUEIXAS DE DOR

No que concerne ao nosso estudo, verificou-se que 67,7% dos idosos que referiram ter alguma doença, apresentam quadro álgico; enquanto que 50% dos idosos que não referiram nenhuma doença, queixaram-se de dores. Através do Gráfico 2 pode ser visualizada a distribuição dos idosos com queixas de dor.

Gráfico 2. Distribuição dos idosos autônomos da UBSF Bonald Filho, Campina Grande-PB com queixas de dor. N=70



Fonte: Dados da pesquisa

A predominância (66,00%) de relatos de dor entre idosos é comentada por Dellaroza (2000), e o mesmo afirma que, inicialmente, a pessoa com dor deixa de realizar atividades de vida instrumental para, apenas nas situações limite, deixar de realizar às AVD. Celich et al. (2009, p.347) enfatizam que “muitas queixas do idoso relacionadas à dor são atribuídas à idade e consideradas próprias ao processo de envelhecimento; deixando assim, de ser tratadas, o que influencia negativamente a qualidade de vida na velhice”.

Discutindo questões sobre a dor entre idosos e as repercussões na qualidade de vida, Reis et al. (2011, p.278) enfatizam que:

sob influência da dor, o idoso poderá apresentar uma progressiva reclusão social, com tendência ao sedentarismo, perda de autoestima e abandono de autocuidados. Nesse momento a capacidade funcional encontra-se bastante comprometida, podendo haver dependência física e mental para a realização de atividades da vida diárias mais complexas, como por exemplo, limpar a casa, fazer compras, cuidar das finanças.

Para Amero et al. (2004 apud REIS et al. 2011) as incapacidades, sejam de natureza física, psicológica ou social comprometem a qualidade de vida dos idosos com dor crônica, sendo, portanto, importante a sua identificação.

A dor pode sinalizar desajustes orgânicos, psicológicos e sociais e interferir negativamente na qualidade de vida de qualquer pessoa, independente de sua idade.. Estudos têm demonstrado que atividades funcionais da vida diária podem ser mais sensíveis às alterações dolorosas.

Alguns estudos vêm investigando uma possível relação entre presença de dor e envelhecimento. Para uma melhor compreensão dessa associação é necessário levar em consideração que nos últimos anos o número de idosos têm aumentado em escala mundial, levando a uma modificação na estrutura da população, que por sua vez afeta os padrões de instalação e evolução das doenças (GIORDANO, 2005).

4.4 LOCAIS, CARACTERÍSTICAS E FREQUÊNCIA DA DOR ENTRE IDOSOS AUTÔNOMOS

Através da Tabela 2 são apresentados dados que tentam circunscrever e especificar as dores relatadas pelos idosos

Tabela 2: Localização, Características e Frequência da Dor entre Idosos Autônomos. N=46

Localização da Dor	%
Coluna	25,4%
Membros/ ossos e articulações	60,3%
Tórax+ abdome	7,93%
Outros	6,27%
Características da Dor	
Perfurante/ pontada	10,86%
Ardência	4,35
Dormência	6,52%
Aperto	10,86%
Irradiante	4,35%
Queimação	15,21%
NR	41,33%
Frequência da Dor	
Contínua	10,87%
Esporádica/quando esforço	32,61%

NR	54,35%
Outros	2,17%

Fonte: Dados da pesquisa

Os segmentos anatômicos apontados como acometidos pela dor foram, em ordem decrescente, os membros, ossos e articulações (60,3%), seguidos pelas referências de dores na coluna lombar (25,4%), como pode ser observado na Tabela 2.

Quando indagados sobre as características das dores a maioria dos idosos (15,21%) referiram dor tipo “queimação” e 41,3% dos entrevistados não souberam especificar a característica da dor. No estudo de Celich et al., 2009 enfatizam a dificuldade de caracterização da dor, visto que a mesma é um sinal subjetivo.

No tocante a frequência da dor, registramos que existem idosos que referem dores em mais de um órgão ou sistema. No presente estudo verificou-se que 10,65% queixam-se de dor “contínua” ou crônica, contra 32,6% que referiram sentirem dor “esporádica ou quando realizam esforço físico”.

Para esclarecer o sentido da dor crônica recorremos a Santos et al. (2) (2011, p. 04) e encontramos que

A dor crônica em indivíduos idosos não deve ser vista apenas como um problema físico, mas como algo que atinge também outras esferas relacionadas ao seu bem-estar, como redução na socialização, quedas, reabilitação lenta, disfunção cognitiva, desnutrição, distúrbios do sono, dificuldade para deambular, aumento do uso dos sistemas de saúde, aumentos nos gastos com saúde e uso de diversos medicamentos

4.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE A DOR, A DOENÇA REFERIDA PELOS IDOSOS E AS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS INVESTIGADAS

Para verificar estas associações aplicamos o Teste Qui-quadrado e registramos diferença estatisticamente significativa nos relatos de dor quando contrapostas a algumas variáveis. Os resultados obtidos podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3: Associação entre dor, a doença referida pelos idosos e as variáveis sociodemográficas investigadas. N=46

	Dor		P
	Sim	Não	

Doença	Sim	N 42	% 67,7	N 20	% 32,3	0,269
	Não	N 4	% 50	N 4	% 50	
Idade	Entre 60 e 80 anos	N 45	% 97,8	N 24	% 100	0,657
	80 anos e mais	N 1	% 2,2	N 0	% 0	
Sexo	Feminino	N 34	% 73,9	N 11	% 45,8	0,020
	Masculino	N 12	% 26,1	N 13	% 54,2	
Estado Civil	Casado/União Estável	N 32	% 72,7	N 12	% 27,3	0,093
	Solteiro	N 5	% 83,3	N 1	% 16,7	
	Divorciado	N 5	% 55,6	N 4	% 44,4	
	Viúvo	N 4	% 36,4	N 7	% 63,6	
	Baixa escolaridade	N 45	% 72,6	N 17	% 27,4	
	Alta escolaridade	N 1	% 12,5	N 7	% 87,5	
Trabalha	Sim	N 6	% 46,2	N 7	% 53,8	0,100
	Não	N 40	% 70,2	N 17	% 29,8	
Renda	Até 3 salários mínimos	N 45	% 67,7	N 21	% 32,3	0,113
	Mais de 3 salários mínimos	N 1	% 25	N 3	% 75	

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando-se as associações estabelecidas, inicialmente destaca-se que 67,7% dos idosos que referiram alguma doença queixam-se de dor. A este respeito Reis et al. (2011) comentam que o processo de envelhecimento caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que na maioria das vezes resultam em elevada dependência. Muito desses quadros são acompanhados por dor e, em grande parte deles, a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de forma acentuada na qualidade de vida dos idosos.

No tocante a associação entre a dor e a idade, pode-se observar que 97,7% dos idosos, com idade entre 60 e 80 anos, afirmaram sentir dor. Já entre os idosos com 81 anos e mais (equivalente a 1 idoso, refere sentir dor), assemelhando-se ao estudo de Sá et al. 2009 quando o fator idade foi importante preditor indicando que a prevalência de dor crônica aumenta progressiva e proporcionalmente ao aumento da idade.

Ao se investigar a associação entre relatos de dor e o sexo dos idosos, destaca-se a prevalência (73,9%) de quadro álgico entre indivíduos do sexo feminino. Maraschin et al (2010) consideram que entre as mulheres há relato de maior número de regiões dolorosas e maior prevalência de dor generalizada (dor lombar e dor bilateral em membros superiores e inferiores), sendo este dado relacionado a fatores como alto índice de massa corporal, pressão sanguínea sistólica alta e sintomas depressivos. Ainda a este respeito, Silva et al. (2011, p. 1141) relatam que “as mulheres são a maioria em grupo de idosos e, apesar de terem maior expectativa de vida, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional”.

Quando se trata da relação entre dor e estado civil, verificou-se que entre os idosos solteiros 83,3% referem sentir dor, já entre os idosos casados ou em união estável 72,7% representam quadro álgico. Encontraram-se os menores percentuais entre os indivíduos divorciados (55,5%) e viúvos (54,5%).

Ao se analisar as associações entre dor e escolaridade destaca-se que a maioria (72,6%) dos idosos que referiam dor possuem baixa escolaridade. Celich et al. (2009) relatam que estes dados são significativos, pois refletem condições sociais e educacionais do início do século passado:

A possibilidade educacional há mais de meio século era muito baixa, e as pessoas precisavam trabalhar auxiliando no sustento da família, que na maioria das vezes era numerosa. O nível de escolaridade influencia sobremaneira no acesso à informação, o que pode ser determinante para uma melhora no quadro álgico. Também é decisiva no autocuidado, pois o idoso deve ser capaz de cuidar de si mesmo, e saber ler é fator contributivo.

Maciel et al. (2005), comentam que o grande número de indivíduos analfabetos e com baixa escolaridade reforça a ideia de uma rede de serviços sociais ineficiente e que reflete-se em outros aspectos, tais como habitação, cultura, renda e, logicamente, na saúde. Dados da literatura demonstram que idosos com baixo nível educacional apresentaram chance duas vezes maior de apresentar comprometimento funcional. (SILVA et al., 2011)

Dentre os idosos que não trabalham 70% referem sentir dor, não apresentando nenhuma associação significativa entre essas variáveis.

A renda mensal dos idosos foi relativamente baixa e representa uma grande influência na capacidade funcional, como é apontado na população estudada por Loyola Filho et al. (2008, p. 97), “os mais pobres apresentaram pior estado de saúde (número de doenças crônicas e incapacidade para realização de no mínimo uma atividade de vida diária) e utilizaram mais os serviços de saúde”. Quanto a presença de dor, observou-se que houve um aumento na proporção de idosos com dor quando comparados a renda mensal da família. Verificou-se que os idosos com renda entre 1 a 3 salários mínimos (68,2%) apresentaram dor. No entanto entre idosos autônomo com renda maior que 3 salários mínimos, apenas 25% referiram sentir dor.

Após a aplicação do Teste Qui-quadrado registramos diferença estatisticamente significativa nos relatos de dor considerando-se o sexo ($p=0,020$) e escolaridade ($p=0,002$). Ainda, entre as associações sem significância tem-se: dor e doença ($p=0,269$); idade ($p=0,657$); estado civil ($p=0,093$); trabalha ($p=0,100$) e renda ($p=0,113$).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos dados verificou-se que os idosos estudados são em sua maioria caracterizados como idosos jovens, com prevalência do sexo feminino, casados ou em união estável, com baixa escolaridade. A maioria não trabalha, são aposentados, possuem renda entre 1 a 2 salários, alto percentual de doenças referidas e uma alta prevalência de dor em elevado número de idosos, com pouco ou nenhum comprometimento da capacidade funcional.

Percebeu-se que os locais com maior prevalência de dor foram os membros, ossos, articulações e coluna, enfatizando a relação entre as doenças mais frequentes (cardiovasculares e osteomusculares) e a dor. No entanto, ao descrever as características da dor, a maioria dos idosos não soube responder, devido ao fato da dor ser caracterizado como um sinal subjetivo. Ainda, no que diz respeito à frequência da dor, como no caso anterior, a maioria dos idosos não soube responder, visto que a dor é avaliada como um sinal comum do processo de envelhecimento.

Houve associação significativa entre dor e sexo, bem como entre dor e escolaridade. A partir destes resultados inferimos que é necessário que a Equipe de Saúde da Família promova ações educativas, que viabilizem a mensuração da dor entre idosos. Não registrou-se associação significativa entre as demais variáveis.

Dessa forma, é necessário fornecer maiores informações aos profissionais de enfermagem, em especial da atenção básica, que lidam com a população idosa a respeito da mensuração da dor, além das consequências que esta pode acarretar. Tendo em vista que a pouca informação a respeito desta temática pode acarretar a banalização do impacto que a dor oferece ao idoso.

Nesse sentido, a enfermagem deve se preocupar com o cuidado à pessoa idosa numa variedade de situações relacionadas à saúde assumindo papéis efetivos na atenção ao idoso com dor, objetivando o cuidado holístico.

Além disso, existem poucos estudos de correlações da dor com variáveis estudadas o que limita maiores reflexões sobre a temática investigada

Por último foi possível inferir que executadas poucas ações assistenciais ao nível da UBSF investigada, voltadas para as queixas álgicas da população idosa, visto que a dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do indivíduo idoso.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. A et al. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino americana de Enfermagem**. 14(2), p.271-6, mar-abr. 2006

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2009. 70 p.

CAMARANO, A.A et al. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano A. A, organizador. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.

CELICH, K.L.S et al. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 12(3), p. 345-359, 2009.

DELLAROZA, M.S.G et al. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**: 23(5), p.1151-1160, mai. 2007

_____. **Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos servidores municipais da Londrina-Pr [dissertação]**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

_____. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 54(1): p. 36-41, 2008

FERREL, B.A. **Pain management in elderly people**. J Am Geriatr Soc. v.39, p.64-73, 1991.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**. v.10 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2005

GIORDANO, S. **Respect for equality and the treatment of the elderly**. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 14, p.83-92, 2005

JAKOBSSON, R.N. **Pain management among older people in need of help with activities of daily living**. Pain Manag Nurs. 5,p.137-43, 2004

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: <www.fen.ufg.br/revista.htm> Acesso em: 11 de abril de 2012.

LOYOLA FILHO A. I et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**. 42(1), p.89-99, 2008

MACIEL, A.C.C et al. Prevalência e Fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**.13(1), p. 37-44, 2005

MARASCHIN, R et al. **Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosos: etiologia em revisão**. Fisioter Mov. 23(4): p.627-39, out-dez, 2010

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

NAKATANI et al. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/Revista.>> Acesso em 18/07/2011

PASKULIN, L.M.G et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**.41(5), p.757-68, 2007.

PEDROSO, R.A; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. 15(2). p. 270-6, 2006

REIS L.A et al. **Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/ BA. Fiep Bulletin.** 78(1) p.10-5, 2008

REIS L.A et al. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. 64(2), p. 274-80, mar- abr, 2011.

SÁ, K et al. Prevalência de dor crônica em Salvador. **Revista de Saúde Pública.** 43(4), p.622-30, 2009.

SANTOS, F.C et al. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. **Revista Dor.** São Paulo,12(3), p. 209-14, jul-set, 2011.

SANTOS, A. R. et al. Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica, institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Graduação: seção Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia**, 2011. v. 4. n. 02 Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/10040/7081>> Acesso em: 03 de maio de 2012.

SILVA, M.C.S. Dor no idoso. In: TERRA, N.L; DORNELLES, B, organizadores. **Envelhecimento bem-sucedido.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p.161-5.

SILVA, M.D.C et al. Fatores associados à perda funcional em idosos. **Revista de Saúde Pública**, 45(6), p.1137-44, 2011

SILVESTRE J.A et al. Abordagem do idoso em programas de saúde familiar. **Caderno de Saúde Pública**, 19(3), p.733-43, 2003.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11^a ed. Guanabara Koogan, 2009. v. 1

SMITH, B.H et al. **The impact of chronic pain in the community.** Fam Pract.18, p.292-9, 2001

TEIXEIRA, M.J; TEIXEIRA, W.G.J; SANTOS, F.P.S. Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. **Revista Médica (São Paulo)**.80(Ed Esp pt 1), p.1-21, 2001

TORRES, G. V et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Brasileira Psiquiatria**. 58(1), p. 39-44, 2009

ANEXOS

ANEXO A**ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-FUNCIONAL EM IDOSOS (IASFI)**

1 – Número do formulário:

2-Idade do idoso/Data de nascimento:

3 - Sexo: () Feminino () Masculino.

4 - Estado civil: () Casado/Juntado () Solteiro () Divorciado () Viúvo

Outros:.....

5- Trabalha: () Sim () Não

6- Fonte de Renda: () Aposentadoria () Benefício () Pensão () Outros (Bolsa Família etc)

7 - Escolaridade:

() Analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto () superior completo () outros

8 - Qual a renda familiar mensal?

9- Possui alguma doença? Sim () Não () Se sim. Quais?

10- Sente dor em alguma parte do corpo? Sim () Não ()

Se sim. Onde? _____

Características da dor? _____