UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANDRESSA KARINA AMARAL PLÁ PELEGRIN

Avaliação e mensuração da dor no
envelhecimento: instituições de longa permanência

Ribeirão Preto
2011

ANDRESSA KARINA AMARAL PLÁ PELEGRIN

Avaliação e mensuração da dor no
envelhecimento: instituições de longa permanência

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental

Linha de Pesquisa: Ciência e Tecnologia
em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Fátima Aparecida
Emm Faleiros Sousa

Ribeirão Preto
2011

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

Catálogo da publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Pelegrin, Andressa Karina Amaral Plá

Avaliação e mensuração da dor no envelhecimento:
instituições de longa permanência. Ribeirão Preto, 2011.

109 f. : il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Faleiros Sousa, Fátima Aparecida Emm.

1. Mensuração de dor; 2. Idosos; 3. Instituição de Longa
Permanência; 4. Psicofísica; 5. Escala de Categorias; 6. Escala de
Depressão Geriátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: PELEGRIN, Andressa Karina Amaral Plá Pelegrin

Título: Avaliação e mensuração da dor no envelhecimento: instituições de longa permanência

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedicatórias

À minha mãe Nilza por me educar, me apoiar, me guiar, por acreditar em mim em todos os momentos e por fazer o que sou hoje.

À minha avó Vanilda quem sempre me incentivou a estudar e a nunca desistir dos meus objetivos de vida.

Ao meu avô Varde (em memória) que sempre do seu jeito sério me ajudou a tomar decisões difíceis. Hoje, infelizmente, não está presente em mais uma vitória, mas saiba que sempre vou te amar muito.

À minha tia Débora que desde a Graduação esteve presente me incentivando a conquistar os meus sonhos.

Ao meu lindo esposo Guilherme, por sua existência em minha vida, por sempre me fazer feliz, pelo carinho, pela compreensão, cumplicidade e companhia nesses 13 anos de namoro e 1 ano de casado.

Ao meu filho Rodrigo, por me presentear com seu sorriso, por iluminar a minha vida e por me fazer muito feliz a cada dia. Amo muito você.

Agradecimentos

À Deus, por me conceder a vida e me ajudar a conquistar um sonho.

Às amizades conquistadas no Laboratório de Psicofísica, Carla, Débora, Elis, Hilze, Lucas, Márcia Garbi, Márcia Felix, Nádia, Simone, Priscilla, Rodrigo, Orlando e Talita, pelas trocas e ensinamentos compartilhados durante todo tempo juntos. Cada um de vocês tem um lugar no meu coração.

Aos idosos por doarem seu tempo e sua atenção para responder aos questionários.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Agradecimento Especial

À Profa. Dra. Fátima Ap. Emm Faleiros Sousa

Que me acolheu desde o primeiro momento em seu laboratório. Agradeço muito pela oportunidade de trabalhar com você em seu laboratório, pela amizade construída, pelo carinho e pela dedicação. Admiro muito você pelo seu trabalho, dignidade, sabedoria, inteligência, honestidade e dentre outras qualidades. Obrigada por me ensinar a pensar e a conquistar mais um sonho.

RESUMO

PELEGRIIN, A. K. A. P. **Avaliação e mensuração da dor no envelhecimento: instituições de longa permanência**. 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto SP, 2011.

O envelhecimento é um fenômeno novo e uma tendência mundial. Com ele, há um aumento de doenças e de queixas de dor. Este estudo permitiu que os profissionais de saúde tivessem uma melhor percepção na avaliação da dor no envelhecimento. O objetivo geral foi avaliar os diferentes tipos de dor crônica no envelhecimento. Os objetivos específicos foram mensurar a dor percebida, avaliar os descritores de dor crônica de maior atribuição, identificar diferentes temáticas de dor crônica percebida e avaliar sinais e sintomas de depressão. Foi realizada identificação sócio-demográfica, com perguntas relacionadas ao sexo, à idade, à escolaridade, à religião, ao estado civil, às atividades desenvolvidas na instituição, à situação econômica, ao tempo de institucionalização, ao recebimento de visitas e às doenças diagnosticadas e, posteriormente, foram feitos quatro Experimentos (amostras dependentes). Experimento 1 – Mensurar a dor percebida – a intensidade da dor crônica foi avaliada pelo método psicofísico de estimação de categorias e se percebiam dor no momento da entrevista, para identificar o local, o tempo e o horário. Experimento 2 – Avaliar os descritores de dor crônica de maior atribuição – a intensidade da dor foi avaliada por dois métodos psicofísicos independentes: estimação de categorias e estimação de postos. Experimento 3 – Identificar diferentes temáticas de dor crônica percebida – utilizou-se uma entrevista semiestruturada com sete perguntas relacionadas à dor crônica. Experimento 4 – Avaliar sinais e sintomas de depressão – utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos. Participaram 46 idosos residentes em duas Instituições de Longa Permanência em Ribeirão Preto, São Paulo; dentre estes, 25 eram de instituição filantrópica e 21 de instituição particular. Os resultados foram a média de idade de $78,26 \pm 8,33$ anos, 26 do sexo feminino, 23 viúvos, 28 católicos, 23 cursaram o ensino fundamental incompleto, 46 aposentados e 37 recebem até 1 salário mínimo, 16 tem hipertensão arterial, 37 residem nas instituições referidas no tempo de 0 a 5 anos, 34 declararam não realizar atividade nas instituições pesquisadas e 24 recebem visitas de familiares. No Experimento 1, 14 idosos atribuíram o valor 10 para a intensidade da dor percebida na última semana, sendo a média aritmética de $7,02 \pm 2,74$ pontos; 28 relataram sentir dor no momento da entrevista e 32 não haver horário específico, sendo as regiões mais afetadas os membros inferiores e a região dorsal. No Experimento 2, no método de estimação de categorias, o descritor de dor de maior atribuição foi “dolorosa” e o de menor foi

“desastrosa”. No método de estimação de postos, o descritor de dor de maior atribuição foi “desastrosa” e o de menor atribuição foi “dolorosa”. No Experimento 3, foram identificadas unidades temáticas como “percepção quanto ao tempo”, “dimensão da dor”, “estratégias de enfrentamento”, “causas relacionadas à dor”, “percepção da situação atual” e “outras percepções”. No Experimento 4, observou-se que 33 idosos responderam à Escala de Depressão Geriátrica (EDG) – 15 pontos - e obtiveram um escore de 5 ou mais pontos podendo sugerir episódio de depressão, ao passo que 13 obtiveram um escore abaixo de 5 pontos, não sugerindo episódio de depressão.

Palavras-chave: Avaliação de dor. Envelhecimento. Instituições de longa permanência para idosos. Psicofísica. Escala de categorias. Escala de depressão geriátrica.

ABSTRACT

PELEGRIIN, A. K. A. P. **Assessment and measurement of pain in aging: long-term institutions**. 2011. 109 f. Dissertation (Master's degree) - Ribeirão Preto Nursing School, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto SP, 2011.

Aging is a new phenomenon and a global trend. With it, there is an increase of diseases and complaints of pain. This study has allowed health professionals have a better assessment of pain perception in aging. The overall objective was to evaluate the different types of chronic pain in aging. The specific objectives were to measure the perceived pain, to evaluate the descriptors of chronic pain with higher scores, identify different issues of chronic pain perceived and assess for signs and symptoms of depression. Identification was carried out socio-demographic, with questions related to sex, age, education, religion, marital status, the activities of the institution, the economic situation at the time of institutionalization, to receive visits and disease diagnosed and later, four experiments were conducted (dependent samples). Experiment 1 - Measuring the perceived pain - chronic pain intensity was assessed by the psychophysical method of category estimation and perceived pain during the interview, to identify the location, time and time. Experiment 2 - Assess the descriptors of chronic pain with higher scores - the intensity of pain was evaluated by two independent psychophysical methods: estimation and estimation of categories of posts. Task 3 - Identify the different themes of chronic pain perceived - we used a semi-structured interviews with seven questions related to chronic pain. Experiment 4 - Assess signs and symptoms of depression - used the Geriatric Depression Scale of 15 points. Attended by 46 elderly residents of two long-term institutions in Ribeirao Preto, São Paulo, among these, 25 were from philanthropic institutions and 21 private. The results were the mean age of 78.26 ± 8.33 years, 26 females, 23 were widowed, 28 Catholics, 23 attended the elementary school, 46 retirees and 37 to receive a minimum wage, 16 have high blood pressure, 37 reside in the institutions mentioned in the time from 0 to 5 years, 34 said they did not carry out activities in the institutions surveyed and 24 receive family visits. In Experiment 1, 14 elderly people attributed the value 10 for the intensity of perceived pain last week, and the arithmetic mean of 7.02 ± 2.74 points, 28 reported pain at the time of interview and 32 there is no specific time, and regions most affected lower limbs and the dorsal region. In Experiment 2, the method of category estimation, the greatest pain descriptor assignment was "painful" and the least was "disastrous." In the method of estimation of posts, the more pain descriptor assignment was "disastrous" and the assignment was less "painful". In Experiment 3, thematic units were identified as: "the perception of time," "dimension of pain," "coping strategies", "pain-related

causes," "perception of the current situation" and "other perceptions." In Experiment 4, it was observed that 33 seniors responded to the Geriatric Depression Scale (GDS) -15 points - and obtained a score of 5 or more points may suggest a depressive episode, while 13 had a score below 5 points, not suggesting a depressive episode.

Keywords: Assessment of pain. Aging. Long-term institutions for elderly. Psychophysics. Scale categories. Geriatric depression scale.

RESUMEN

Pelegrin, A. K. A. P. **Evaluación y medición del dolor en el envejecimiento: las instituciones a largo plazo.** 2011. 109 f. Dissertação (Master) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto SP, 2011.

El envejecimiento es un fenómeno nuevo y una tendencia global. Con él, se produce un aumento de las enfermedades y quejas de dolor. Este estudio ha permitido a los profesionales de la salud tienen una mejor evaluación de la percepción del dolor en el envejecimiento. El objetivo general fue evaluar los diferentes tipos de dolor crónico en el envejecimiento. Los objetivos específicos fueron para medir la percepción del dolor, para evaluar los descriptores del dolor crónico con puntuaciones más altas, identificar los problemas diferentes de dolor crónico percibido y valoración de los signos y síntomas de depresión. La identificación se llevó a cabo socio-demográficas, con preguntas relacionadas con el sexo, edad, educación, religión, estado civil, las actividades de la institución, la situación económica en el momento de institucionalización, de recibir visitas y diagnostica la enfermedad y más tarde, se llevaron a cabo cuatro experimentos (muestras dependientes). Experimento 1 - Medición de la percepción de dolor - la intensidad del dolor crónico se evaluó por el método psicofísico de estimación de categorías y el dolor percibido durante la entrevista, para identificar la ubicación, la hora y el tiempo. Experimento 2 - Evaluar los descriptores del dolor crónico con puntuaciones más altas - la intensidad del dolor fue evaluado mediante dos métodos independientes psicofísicos: estimación y cálculo de las categorías de puestos. Tarea 3 - Identificar los diferentes temas de la percepción de dolor crónico - se utilizó una entrevista semi-estructurada con siete preguntas relacionadas con el dolor crónico. Experimento 4 - Evaluar los signos y síntomas de la depresión - se utiliza la escala de depresión geriátrica de 15 puntos. Con la asistencia de 46 residentes mayores de dos instituciones de larga permanencia en Ribeirão Preto, São Paulo, entre ellos, 25 eran de instituciones filantrópicas y privadas 21. Los resultados fueron la edad media de $78,26 \pm 8,33$ años, 26 mujeres, 23 eran viudas, 28 católicos, 23 asistieron a la escuela primaria, los jubilados 46 y 37 para recibir un salario mínimo, 16 tienen presión arterial alta, 37 residen en las instituciones mencionadas en el tiempo desde 0 a 5 años, 34 dijeron que no llevan a cabo actividades en las instituciones encuestadas y 24 reciben visitas de sus familiares. En el experimento 1, 14 personas de edad avanzada atribuye el valor 10 para la intensidad del dolor percibido la semana pasada, y la media aritmética de $7,02 \pm 2,74$ puntos, de 28 años informó de dolor en el momento de la entrevista y 32 no hay tiempo específico, y regiones más afectadas las extremidades inferiores y la región dorsal. En el experimento 2, el método de estimación de categorías, la asignación

de mayor dolor descriptor fue "dolorosa" y lo menos que fue "desastroso". En el método de estimación de los puestos, la asignación de dolor descriptor más fue "desastroso" y la asignación fue menos "doloroso". En el experimento 3, las unidades temáticas fueron identificadas como: "La percepción del tiempo", "la dimensión del dolor", "estrategias de afrontamiento", "causas relacionadas con el dolor", "la percepción de la situación actual" y "otras percepciones". En el experimento 4, se observó que 33 adultos mayores respondieron a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) -15 puntos - y obtuvo una puntuación de 5 puntos o más puede sugerir un episodio depresivo, mientras que 13 tenían una puntuación inferior a 5 puntos, no lo que sugiere un episodio depresivo.

Palabras-clave: Evaluación del dolor. Envejecimiento. Instituciones de larga estadía para los ancianos. Psicofísica. Categorías de la escala. Escala de depresión geriátrica.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Porcentagem dos Escores da Escala de Depressão Geriátrica de 15

pontos.....80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos Indicadores Sócio–Demográficos dos residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009.....	42
Tabela 2 – Comorbidades mais prevalentes entre os residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009.....	43
Tabela 3 – Descritores de maior e menor atribuição de dor crônica em residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009.....	51
Tabela 4 – Ordenação de Postos dos Descritores de Dor Crônica atribuídos pelos residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009.....	52
Tabela 5 – Categorias e subcategorias das temáticas analisadas e suas frequências de ocorrência nos relatos dos residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009.....	57
Tabela 6 – Escores da Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos em residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009.....	79

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVD	Atividades de Vida Diária
BOAS	Brazil Old Aged Schedule
Br-MPQ	McGill Pain Questionnaire (Versão Brasileira)
CID-10	Composite International Diagnostic – 10
CIDI-3,0	Composite International Diagnostic Interview
DP	Desvio Padrão
EAV	Escala Analógica Visual
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMADOR	Escala Multidimensional para Avaliação da Dor
EQ-5	European Quality of Life Instrument-5 Dimensions
FPS-R	Faces Pain Scale Revised
GPEI	Inventário de Eventos de Dor Geriátrico
HAM-D	Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão
IASP	International Association for the Study of Pain
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
MA	Média Aritmética
MEEM	Mini Exame do Estado Mental de Folstein
MPI-S	Multidimensional Pain Inventory (Versão Sueca)
MPQ	McGill Pain Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
OP	Ordem de Posição
PT	Pain Thermometer
SF-12	Short-Form Survey
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. Problema e Justificativa.....	17
1.2. Avaliação da dor no idoso.....	21
1.3. Instrumentos utilizados para mensuração da dor em idosos.....	23
1.4. A Psicofísica e a mensuração da dor.....	24
1.5. Escala Multidimensional para Avaliação da Dor (EMADOR).....	27
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1. A dor no envelhecimento.....	30
2.2. A dor da depressão e o envelhecimento.....	35
3. OBJETIVOS.....	38
3.1. Objetivo Geral.....	39
3.2. Objetivos Específicos.....	39
4. AVALIAÇÃO DA DOR.....	40
4.1. Aspectos Éticos.....	41
4.2 Perfil dos indicadores sócio-demográficos dos participantes com dor crônica.....	41
4.3. Experimento 1 – Mensurar a dor percebida.....	45
4.3.1. Método.....	45
4.3.1.1. Participantes.....	45
4.3.1.2. Material.....	45
4.3.1.3. Procedimento.....	45
4.3.1.4. Análise dos dados.....	46
4.3.2. Resultados e Discussão.....	46
4.4. Experimento 2 – Avaliar os descritores de dor crônica de maior atribuição....	49
4.4.1. Método.....	49
4.4.1.1. Participantes.....	49
4.4.1.2. Material.....	49
4.3.1.3. Procedimento.....	49
4.4.1.4. Análise dos dados.....	50
4.4.2. Resultados e Discussão.....	50
4.5. Experimento 3 – Identificar diferentes temáticas de dor crônica percebida....	55
4.5.1. Método.....	55
4.5.1.1. Participantes.....	55
4.5.1.2. Material.....	55
4.3.1.3. Procedimento.....	55
4.5.1.4. Análise dos dados.....	56
4.5.2. Resultados e Discussão.....	56
4.6. Experimento 4 – Avaliar sinais de depressão.....	78
4.6.1. Método.....	78
4.6.1.1. Participantes.....	78
4.6.1.2. Material.....	78
4.6.1.3. Procedimento.....	78
4.6.1.4. Análise dos dados.....	78
4.6.2. Resultados e Discussão.....	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	97
ANEXOS.....	102

1. Introdução

1.1. Problema e Justificativa

O envelhecimento é um fenômeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é influenciado por fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais, associados à passagem do tempo. Mesmo sendo universal varia de indivíduo para indivíduo, levando a uma série de modificações fisiológicas inevitáveis nos sistemas neuro-músculo-esquelético e sensoriais. Alguns fatores como o estresse, a obesidade, o fumo e a vida sedentária podem acelerar este processo (KAWASAKI e DIOGO, 2001; FARIA et al., 2003; SOUZA, SKUBS e BRÊTAS, 2007).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, senescente, quando ocorre a perda gradual das funções orgânicas e o idoso mantém sua capacidade intelectual e física. Entretanto, em condições de sobrecarga, como a presença de doenças, acidentes ou estresse emocional, pode desencadear uma condição patológica além de um processo senil. É importante salientar que tais alterações decorrentes da senescência podem ter seus efeitos minimizados ao seguir em estilo de vida mais saudável e ativo (ARAÚJO e CALDAS, 2002).

Papaleo Netto (2007) classifica a velhice como a “última fase do ciclo vital, caracterizada por redução da capacidade funcional, associada à perda dos papéis sociais, à solidão, às perdas psicológicas, motoras e afetivas”. Acrescenta ainda que tais manifestações somáticas e/ou sociais tornam-se mais evidentes, na maioria das pessoas, a partir da terceira década de vida e não somente após os 60 anos de idade.

A Organização Mundial de Saúde conceitua o termo “idoso” considerando a idade da pessoa e o grau de desenvolvimento do país, de tal forma que, para países desenvolvidos, o marcador é de 65 anos e para países em desenvolvimento é de 60 anos (OMS, 1974).

O envelhecimento populacional, principalmente nos países como Estados Unidos, Inglaterra, Japão, Suíça e Alemanha, que apresentam condições sociais e econômicas mais favoráveis, é considerado um fenômeno relativamente novo e uma tendência mundial. No Brasil, esta tendência começa a ser observada em 1960 (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987) e, segundo a literatura, estima-se que para o ano de 2025, haverá cerca de 31,8 milhões de indivíduos com idade a partir de sessenta anos (FARIA et al., 2003).

Este rápido crescimento da população idosa exige respostas do Estado e da sociedade, como a implantação da Política Nacional do Idoso, regulamentada pela Lei 8842/94, pelo Decreto Federal 1948/96 e pela Portaria 1395/99, que têm por objetivos assegurar os direitos

sociais do idoso, criando condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994; 1996; 1999).

Posteriormente, o Estatuto do Idoso foi criado no Brasil pela Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003, com o objetivo de disseminar os direitos constitucionais dos idosos, bem como uma melhor regulamentação do funcionamento das entidades de atendimento a fim de garantir a qualidade do serviço a essa população (BRASIL, 2003).

Diante da realidade emergente e da necessidade urgente frente ao aumento da população idosa há um crescimento na demanda por Instituições de Longa Permanência para Idoso – ILPI (PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2005), conhecidas popularmente como Instituições Asilares, constituindo a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do âmbito familiar (BRITO e RAMOS, 1996).

Um dos principais motivos da institucionalização em idosos pode estar relacionado à miséria social e ao abandono familiar, situações agravadas pelo grau de dependência causado por problemas físicos ou mentais apresentados pelos institucionalizados (CHAIMOWICZ, 1998).

Com o avanço da vida moderna, a dor tornou-se mais frequente no dia a dia. Algumas explicações mostram que o sedentarismo e o estresse fazem com que o corpo fique inativo, flácido e pesado, provocando dores como cefaleia, lombalgia e dores articulares. Outros motivos referem-se ao aumento da longevidade e, com isso, das doenças crônicas (STERNBACH, 1981).

O aumento de doenças incapacitantes, crônicas e não transmissíveis é outro motivo que deixa o idoso vulnerável à deterioração físico-funcional, tendo como consequência a perda da autonomia e da independência. Em decorrência disso há um aumento da queixa de dor e da busca pelos serviços de saúde, comparado aos grupos etários mais jovens (EPPS, 2001; FARIA et al., 2003; PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2005).

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que primariamente associamos à lesão tecidual ou a descrevemos em termos desta lesão ou ambos” (IASP, 2010).

A dor trata-se de um sintoma que pode ter características agudas ou crônicas e que pode agravar o estado de saúde se não avaliada adequadamente. No entanto, por ser um fenômeno complexo e subjetivo, pode-se dizer que o indivíduo com dor é que deve ser tratado, respeitando sua totalidade e sua individualidade (HORTENSE e FALEIROS SOUSA, 2009).

A Sociedade Americana de Dor, ao reconhecer a importância da avaliação da dor, seu manejo e controle estabeleceram este sintoma como “o quinto sinal vital” e enfatiza que a avaliação da dor é tão importante quanto à avaliação dos outros quatro sinais vitais e diz ainda que os profissionais da saúde necessitam registrar este fenômeno.

A dor em sua forma crônica pode ser definida como a dor que persiste ou recorre por mais de 3 meses ou, associada à lesão tecidual que se espera continuar ou evoluir (PORTENOY, 1995). Suas alterações vegetativas podem incluir a insônia, a falta de apetite e de desejo sexual, favorecendo o desenvolvimento de um repertório de respostas de esquiva e de fuga relativas às atividades físicas, sociais e ocupacionais (MURTA, 1999; BOUREAU, 2001; MORAES, 2004; CAPONERO, 2008).

Estima-se que a dor crônica afeta aproximadamente 35% de americanos e mais de 50 milhões destas pessoas apresentam comprometimento físico que varia de períodos de poucos dias ou permanentemente (BONICA, 1990). Comparativamente, foi realizado um estudo na Finlândia, cujo objetivo foi analisar a associação entre dor crônica e auto-percepção de saúde, no qual participaram 6500 pessoas com idade entre 15 a 74 anos. No estudo citado, utilizaram-se questionários sobre a dor experienciada e observou-se que 35,1% da população também apresentaram dor crônica (MATYSELKA et al., 2003).

Independente da causa e da intensidade, a dor pode ocasionar uma série de transtornos. No caso do idoso, há possibilidade de desencadear alguns desajustes orgânicos, psicológicos e sociais, tais como postura física inadequada, depressão, sensação de inutilidade, desesperança, diminuição da autonomia, da disposição para sair de casa e do relacionamento interpessoal. Estes desajustes interferem negativamente na qualidade de vida do idoso e justificam a importância do manejo e da minimização de qualquer sensação dolorosa, garantindo ao idoso bem estar e autonomia (GIBSON, 2006).

Gold e Roberto (2000), por meio de revisão de literatura multidisciplinar tentaram investigar a dor crônica no envelhecimento e sua correlação com os fatores psicológicos, físicos e sociais. A pesquisa foi realizada em 10 bases de dados científicas no período de 1990 a 1997. As queixas álgicas foram associadas às condições negativas como sofrimento prolongado, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamentos, uso abusivos de medicamentos e depressão. As experiências dolorosas em homens e mulheres mais velhos foram correlacionadas às relações familiares e à participação em atividades sociais. Estes múltiplos fatores associados à percepção de dor e à idade influenciam na avaliação e no manejo da dor.

Duarte e Diogo (2000) afirmam que existem poucos estudos sobre dor em idosos e que estes diferem no período de cobertura, na classificação das síndromes crônica e na caracterização da queixa algica. Os achados sobre a frequência de dor em idosos variaram entre 20 a 88%.

A literatura vem apontando um interesse em relação ao problema da dor no processo de envelhecimento, que lamentavelmente se agrava à medida que se observa lacuna de estudos científicos quando comparados a produções científicas em outras fases do ciclo vital (THOMAS et al., 2004; JAKOBSSON E HORSTMANN, 2006; MIRÓ et al. 2005; SANTOS et al. 2006; JONES et al. 2007; DELLAROZA et al., 2008; REIS, TORRES E REIS, 2008; ÁLABA e ARRIOLA, 2009; LEONE, STANDOLI e HIRTH, 2009; ACHTERBERG et al., 2010).

Diante deste cenário, este estudo tem a proposta de contribuir com a elaboração de um recurso que subsidiará os profissionais de saúde a ter uma melhor percepção na avaliação e no manejo da dor no envelhecimento utilizando métodos psicofísicos que possibilitam avaliar de forma válida e precisa aspectos quantitativos e qualitativos desta experiência, e desta forma, contribuir para minimizar o sofrimento nesta fase do ciclo vital.

1.2. Avaliação da dor no idoso

O processo de avaliação é o passo inicial da abordagem ao idoso com dor. Ele deve ser amplo e envolver diversas informações como data de início, localização, intensidade, duração e periodicidade dos episódios dolorosos. Deve descrever fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a intensidade da dor; qualidades sensoriais, cognitivas e afetivas dos mesmos; significado dessa experiência para o idoso e sua família; interferência nas atividades de vida diária, nos relacionamentos afetivos e no trabalho; expectativas em relação à doença e ao tratamento; comportamento habitual em situações de estresse; tipos e resultados de tratamentos, ganhos secundários, análise social e psíquica (HERR et al., 1998; FELDT, RYDEN e MILES, 1998).

Percebe-se que, a avaliação da dor demanda não somente a determinação do problema físico do idoso, mas também dos componentes psicológicos, sociais e espirituais do seu sofrimento. Não há como mensurar a dor quando não existe um padrão, uma vez que a dor possui caráter subjetivo e individual (CAMERON, 1999).

O comportamento do idoso deve ser considerado na avaliação da dor. As seguintes manifestações devem ser percebidas: expressões faciais (tristeza, caretas e faces com medo), verbalizações e sons não verbais (suspiros, bocejos, gemidos, respiração ofegante e pedindo ajuda), movimentos do corpo (rígida, postura corporal tensa e defendendo uma área do corpo), alterações nas relações interpessoais (agressão, luta, resistência ao tratamento, isolamento social e alterações do apetite) e alterações do estado mental (choro, lágrimas, e irritabilidade) (ANDRADE et al., 2011).

Para que a dor seja um diagnóstico nos idosos, é recomendada uma anamnese, um exame físico minucioso e uma avaliação do estado funcional, psíquico e social. A história deve conter descrição pormenorizada da dor e os idosos podem utilizar palavras para descrever a dor percebida, as quais são identificadas com descritores de dor humana: “queimante”, “chata”, “angustiante”, “depressiva”, dentre outros (HERR et al., 1998; FELDT, RYDEN e MILES, 1998).

Na avaliação do estado funcional dos idosos, deve-se investigar déficits no autocuidado, identificando e avaliando o grau de dependência e a qualidade de vida. Já a avaliação do estado psíquico é importante para a compreensão do idoso com dor, uma vez que a experiência dolorosa pode resultar em depressão. A intervenção psicológica é indicada para

o controle da experiência dolorosa, evitando que seja subestimada por ser expressa de forma não eloquente (FERREL, 2000).

Para uma adequada avaliação da dor crônica é necessário avaliar o mais fidedignamente possível o fenômeno álgico. Segundo Faleiros Sousa (2004), “a avaliação da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema desta natureza sem ter uma medida sobre a qual se basear o tratamento ou conduta terapêutica. Com uma avaliação apropriada da dor torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e permite escolher qual é o melhor e mais seguro dentre os diferentes tipos”.

Dessa maneira, a avaliação de dor no idoso deve ser realizada de forma multidimensional, a fim de permitir abordagem ampla e abrangente do sintoma e de sua causa, aumentando a perspectiva de suas soluções. Além da anamnese cuidadosa, fundamental para a caracterização da dor, o exame físico completo, o emprego de escalas funcionais de quantificação da dor e a utilização de escala de depressão são métodos para melhorar a percepção do sintoma em idosos (FIGUEIRÓ e COSENTINO, 2006).

1.3. Instrumentos utilizados para avaliação da dor em idosos

Os instrumentos para avaliação da dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Para a população idosa foram padronizados poucos instrumentos de mensuração, entretanto algumas escalas unidimensionais elaboradas para indivíduos mais jovens têm gerado dados fidedignos quando utilizadas em idosos, dentre as quais citamos a Escala Numérica, que se mostrou fidedigna quando utilizada para mensuração da intensidade de dor entre idosos (HERR et al., 1998); a Escala Analógica Visual, considerada inapropriada para participantes que apresentam baixos níveis de educação e com alterações cognitivas e visuais (GOLD e ROBERTO, 2000); a Escala Verbal, que segundo Gold e Roberto (2000) mostrou-se válida e fidedigna na mensuração da experiência dolorosa em idosos; a Escala de Faces, que tem sido utilizada para mensuração da dor em idosos com demência (FERREL, STEIN e BECK, 2000) e o Questionário de Dor de McGill (MPQ), que mostrou-se útil para obtenção de informações qualitativas da dor quando utilizado no idoso com impedimentos cognitivos, no qual a vantagem esteve centrada no direcionamento de alguns idosos para a classificação do desconforto, do sofrimento e da chaga muitas vezes referida em forma de queixas álgicas (WEINER et al., 1999).

Alguns fatores podem interferir na avaliação e na mensuração da dor em idosos, como alterações cognitivas, sensório-perceptivas e motoras, como delírio ou demência, paraplegia, síndromes de disfasia ou afasia, retardos de desenvolvimento e perda da capacidade de expressar o idioma. Segundo a literatura, as maneiras de expressar a dor pelos idosos com demência incluem as expressões paralinguísticas (grito agudo, gemido), a linguagem e as expressões faciais (careta, arqueamento das sobrancelhas), posições antálgicas e rubor. Acrescentado a isso, alterações visuais e auditivas, de memória e motora, decorrentes de acidentes vasculares encefálicos e artrites também podem dificultar a utilização de escalas de mensuração de dor (GLOTH, 2000).

Padrão de sono e processos familiares alterados, ansiedade, depressão, medo da morte e da solidão também podem modificar a resposta à dor. A depressão está associada ao aumento da frequência e intensidade das queixas de dor e é identificada como uma variável dependente ou resultante dela (GOLD e ROBERTO, 2000).

Em algumas situações a dor pode representar ao idoso perda, perigo, doença grave, necessidade de hospitalização, perda da independência e da autonomia dificultando a expressão e a avaliação dessa experiência (HERR et al., 1998).

1.4. A Psicofísica e a mensuração da dor

A psicofísica é um ramo da psicologia experimental originária do século XIX. No início, os procedimentos realizados dentro desta perspectiva foram denominados de Psicofísica Sensorial, sendo utilizados para escalonar variáveis métricas como sons, brilho, distância, temperatura, dentre outras. Com o desenvolvimento e a adaptação desta tecnologia, foi possível determinar formas de realizar o mesmo tipo de avaliação, com o mesmo rigor metodológico para variáveis sociais e clínicas como estresse e reajustamento social, grau de severidade das enfermidades, grau de instrução do cliente hospitalizado, expectativas e qualidade dos cuidados oferecidos, entre outras, sendo as variáveis métricas e não métricas (FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 1996).

A psicofísica visa conhecer a relação funcional entre os estímulos físicos e as respostas que eles provocam (SENNOTT-MILLER, MURDAUGH e HINSHAW, 1998; FALEIROS SOUSA, 2000; HORTENSE, EVANGELISTA e FALEIROS SOUSA, 2005).

A psicofísica é trabalhada em vários campos de atuação, tanto na mensuração de atributos sociais (preferências musicais, julgamento moral, percepção do poder nacional, opinião política, dentre outras) quanto de atributos clínicos (audição ou visão, gravidade de enfermidade, estresse, dispneia, dentre outros) (FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 1996; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006). É um marco de referência na avaliação algica da medida, provê métodos fidedignos para mensurar a dor clínica, experimental e analisá-la em suas dimensões sensitiva, afetiva e cognitiva (FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2005).

Noble et al. (2005) analisaram a história da mensuração de dor e identificaram três ramos de atividade, sendo eles a psicofísica, os questionários multidimensionais que utilizaram descritores padronizados e os instrumentos unidimensionais (escalas de intensidade). Relataram, ainda, que esta preocupação histórica vem da necessidade de estabelecer a eficácia de analgésicos e outras terapias para condições dolorosas.

A teoria de medida atualmente aceita em inúmeras ciências foi elaborada por Stevens (1975), que consiste em atribuir números aos objetos ou eventos, de acordo com certas regras determinadas. As condições nas quais os números são designados aos objetos ou atributos são denominadas tipo de escala ou nível de mensuração.

Mensurar a dor clínica é considerado pelos profissionais que atuam nessa área, tanto no que diz respeito à pesquisa como também à assistência, como um desafio para aqueles que desejam controlá-la, visto que a dor é entendida como uma experiência perceptual, complexa,

individual e subjetiva de difícil quantificação e qualificação. As rigorosas técnicas psicofísicas podem ser utilizadas para assistir o diagnóstico e avaliar o tratamento. Um instrumento de mensuração da dor deve ser prático, fidedigno, sensível, válido e também possuir propriedades de uma escala de razão (FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2002).

Nas últimas décadas, observa-se um maior investimento na elaboração de instrumentos para este fim, visando facilitar a comunicação de clientes e profissionais, buscando revelar a incidência, duração e intensidade da dor percebida (PEREIRA e FALEIROS SOUSA, 1998). Esse aumento da atenção relacionada à mensuração de dor está associado ao maior número de estudos sobre a complexidade dos processos da dor (GRACEY, 1999).

Com a compreensão da dor como um processo multidimensional, é preciso compreender também que, para avaliá-la, é necessário levar em consideração estas múltiplas dimensões, ou seja, é necessário utilizar métodos de mensuração da percepção dolorosa que consigam englobar a maioria destas dimensões. A medida consiste em um processo de decodificação. Faleiros Sousa (2002) relata que o propósito da mensuração é assinalar um valor a uma característica, traço ou estado. No caso da mensuração da dor, o propósito é assinalar um valor à dor vivenciada e/ou percebida.

Para Da Silva e Ribeiro Filho (2006), a mensuração é a base fundamental da investigação científica. Ressaltam que um número considerável de descobertas científicas da humanidade pode ser diretamente atribuído à descoberta ou ao aperfeiçoamento de instrumentos de observação e de medida.

Melzack (1984) aborda os problemas na medida de dor quando se preocupa com a resposta dos sujeitos a serem pesquisados sobre a magnitude da dor que sentem. Questiona “Eles referem à intensidade sensitiva, à presença de qualidades sensitivas específicas, ou ao seu sofrimento, ansiedade, angústia?”. Ressalta que, se o estudo da sensação dolorosa precisa ter fundamentação científica, é essencial mensurá-la.

Muitos métodos têm sido utilizados para avaliar a percepção de dor. Alguns consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade, mas outros consideram como uma experiência multidimensional composta também por fatores afetivo-emocionais (FALEIROS SOUSA, 2002).

É importante que antes do emprego da escala se conheça o nível de mensuração para que se possa determinar a adequação da escala escolhida com aquilo que se quer mensurar (PEREIRA et al., 2001), considerando-se os quatro níveis de medida.

O primeiro nível nominal é utilizado para classificar objetos ou pessoas, ou seja, nomeia atributos. É amplamente utilizada para mensurar a intensidade da dor em ambientes clínicos (SORIANO, 2004; DA SILVA e RIBEIRO FILHO, 2006).

As escalas de categorias em nível ordinal têm sido amplamente usadas na avaliação da dor, apresentando-se tanto em versões unidimensionais como multidimensionais. Segundo Faleiros Sousa (2000), as escalas que são baseadas no reconhecimento de atributos e ordenação de suas dimensões permitem a representação de uma série de dados qualitativos numa série quantitativa. A escala do tipo ordinal contém categorias que podem ser ordenadas em sequência, variando de uma extremidade a outra na categorização de um determinado atributo. O número de categorias varia de acordo com o problema a ser pesquisado, sendo que seus itens devem ser elaborados com atributos pertinentes ao objeto social estudado.

A escala intervalar possui as mesmas características do nível ordinal. No entanto, também informa o intervalo entre os diferentes graus da escala, ou seja, as diferenças de tamanho entre os atributos (SORIANO, 2004; DA SILVA e RIBEIRO FILHO, 2006).

A escala de razão possui todas as propriedades anteriores e, além disso, tem um ponto zero verdadeiro como valor de origem, embora a unidade de medida seja arbitrária. Esta escala é definida dentro dos limites da multiplicação por uma constante positiva. Exemplos são os instrumentos de medida de comprimento, de altura, de espessura e de peso de qualquer corpo (FALEIROS SOUSA, 2002).

Métodos melhor elaborados para avaliação multidimensional da dor surgiram para substituir conceitos simplistas, como o limiar da dor. A maioria deles tenta explorar as palavras utilizadas para descrever a dor e o sofrimento na construção de instrumentos de testes rigorosos (CHAPMAN et al., 1985).

Dada a importância de um parâmetro para medirmos a intensidade e alívio da dor foram desenvolvidas inúmeras escalas unidimensionais que medem basicamente a intensidade da dor e multidimensionais que permitem avaliar a dor clínica e a dor experimental em suas múltiplas dimensões, sejam sensitiva (intensidade e duração), afetiva (relacionados aos sentimentos emocionais e negativos) e cognitivas (expressam a intensidade global da dor) a partir de diferentes indicadores de respostas (FALEIROS SOUSA, 2002; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

1.5. Escala Multidimensional para Avaliação da Dor (EMADOR)

Em 2010, a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) foi elaborada e validada à cultura brasileira de língua portuguesa, mostrando-se um instrumento válido e preciso para avaliar e mensurar a dor em suas múltiplas dimensões (FALEIROS SOUSA et al. 2010).

Para elaboração do EMADOR participaram 6 juízes, 493 profissionais da saúde e 146 indivíduos com dor aguda e dor crônica. Inicialmente as autoras basearam-se nos descritores de McGill Pain Questionnaire (MPQ), em livros, em artigos científicos específicos da literatura mundial, em dicionário da língua portuguesa e em dicionário médico. Posteriormente, foram selecionados 308 descritores de dor e suas respectivas definições. Abaixo de cada definição foi inserida uma escala de categorias de 7 pontos, que variavam de 0 a 6. Cada participante emparelhou o julgamento, atribuindo escores que representasse o quanto, em sua percepção, tal descritor era atribuído para caracterizar a dor.

Foram utilizados métodos psicofísicos de estimação de postos, de estimação de magnitudes e de emparelhamento intermodal com modalidade em comprimento de linhas. O inventário dos descritores de dor na sua forma definitiva constou de 100 para dor aguda e 100 para crônica. Destacam-se os dez descritores de dor aguda de maior atribuição: “terrível”, “insuportável”, “enlouquecedora”, “profunda”, “tremenda”, “desesperadora”, “intensa”, “fulminante”, “aniquiladora” e “monstruosa”. Os de dor crônica de maior atribuição foram: “deprimente”, “persistente”, “angustiante”, “desastrosa”, “prejudicial”, “dolorosa”, “insuportável”, “assustadora”, “cruel” e “desconfortável”.

Em suma, os resultados mostraram escalonamento dos descritores de maior caracterização para dor aguda e para dor crônica. Sendo assim, o estudo atingiu o propósito de validar o EMADOR nas suas múltiplas dimensões, visto que tais descritores capturaram indicadores que possibilitaram analisar a linguagem da dor e suas dimensões: sensitivas, afetivas e cognitivas (FALEIROS SOUSA, et al., 2010).

Alguns estudos com humanos, realizados em laboratório, que tiveram como objetivo conhecer os processos de percepção do fenômeno doloroso por meio dos descritores de dor crônica podem ser verificados a seguir.

O estudo de Pedrosa (2009) teve como objetivo avaliar a dor crônica isquêmica percebida nos hospitais de Ribeirão Preto e Uberaba. Foram utilizados os métodos psicofísicos de estimação de categorias e de magnitude. Os resultados mostraram que a média

de idade foi de $64,83 \pm 12,14$ anos, 67 do gênero masculino, 89 queixavam de dor há mais de 6 meses. No método de estimação de categorias, os cinco descritores de maior atribuição foram “desagradável”, “perturbadora”, “forte”, “preocupante” e “cansativa” e os cinco de menor atribuição foram “punitiva”, “deprimente”, “persistente”, “angustiante” e “desastrosa”. No método de estimação de magnitudes, os cinco descritores de maior atribuição foram “terrível”, “dolorosa”, “incômoda”, “preocupante” e “cansativa” e os cinco de menor atribuição foram “enjoada”, “forte”, “perturbadora”, “chata” e “desagradável”.

Cardoso e Faleiros Sousa (2009), em estudo experimental, escalonaram os descritores atribuídos à dor crônica, validaram a escala psicofísica de percepção da linguagem da dor e verificaram a estabilidade de percepção da linguagem da dor. Foram investigados 33 profissionais de saúde por meio de método psicofísico. Os descritores, que melhor descreveram a dor crônica foram: “deprimente”, “persistente”, “angustiante”, “prejudicial”, “desastrosa”, “dolorosa”, “assustadora”, “atormetadora”, “insuportável” e “desconfortável”. A escala de atribuição de dor pós-operatória foi válida, estável e consistente para o manejo da dor.

Os estudos psicofísicos que avaliaram a dor e a percepção dos descritores mais utilizados na nossa cultura demonstraram ter fidedignidade nas pesquisas com seres humanos, mostrando a importância de detectar componentes físicos, sensitivos, afetivos e cognitivos. Tais estudos, segundo Hortense e Faleiros Sousa (2009), justificam uma busca por compreender o processo doloroso e a avaliação de percepção tanto por quem o sente quanto por quem os trata, propiciando ao profissional de saúde um manejo mais adequado em relação à dor. Dessa maneira, a presente investigação, em uma forma inédita, utilizou a EMADOR para avaliar a percepção dolorosa no processo de envelhecimento.

2. Revisão da Literatura

2.1. A dor no envelhecimento

Estudos vêm sendo realizados com o objetivo de caracterizar a prevalência da dor em idosos e a utilização de instrumentos para avaliar e mensurar a percepção de dor. Tais estudos são relevantes para melhorar o conhecimento deste fenômeno, suas causas e consequências.

Dellaroza et al. (2008) em estudo transversal descritivo, tiveram como objetivo descrever o perfil sócio-demográfico, caracterizar a dor crônica e os métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade em Londrina. Utilizaram-se instrumentos com perguntas para caracterizar o perfil da dor no idoso. A intensidade da dor foi avaliada por meio de uma escala numérica com valores de zero a dez e de um questionário sobre métodos terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos utilizados para controle da dor. Participaram 172 idosos, sendo 58,72% mulheres. A dor crônica foi percebida em 62,20% idosos, sendo apresentada queixa diária por 36,21% e com frequência variável por 29,89%. Os locais mais acometidos foram os membros inferiores (31,40%) e a região da coluna (30,23%). Em relação ao uso de métodos analgésicos, houve um predomínio de métodos farmacológicos (80,37%).

Thomas et al. (2004) investigaram três aspectos da ocorrência de dor, o autorrelato, a frequência do aparecimento, a localização e a interferência nas atividades de vida diária (AVD). O estudo transversal investigou participantes a partir de 50 anos registrados no Norte de Staffordshire, utilizando questionários de auto-aplicação contendo perfil sócio-demográfico, estado geral de saúde e diagrama corporal. Os questionários foram preenchidos por 7878 entrevistados. A prevalência mensal de queixa de dor foi referida por 72,4%, semelhante ao longo de 10 anos, sendo superior no gênero feminino. Foram localizadas 6 áreas dolorosas e 12,5% da população classificaram como dor generalizada, em ambos os grupos etários. Houve um declínio na prevalência de dor com exceção nas regiões dos membros inferiores e uma interferência nas AVD em 3002 dos participantes.

Outro estudo fundamental foi aquele realizado por Carmaciu et al. (2007), em Londres, cujos objetivos foram avaliar a dor em idosos, a capacidade funcional e a depressão. Foram utilizados os instrumentos *Mental Health Inventory*, *Lubben Social Network Scale*, *Basic* e “Atividades Instrumentais de Vida Diária” e autorrelatos. A amostra foi de 1090 idosos, 45% das mulheres e 34% dos homens que relataram dor no último mês. Observou-se que a dor teve impacto sobre as Atividades de Vida Diária e associação significativa no humor depressivo. Concluiu-se que uma abordagem multidimensional para avaliação da dor foi apropriada.

Estudo transversal que teve como objetivo caracterizar a dor crônica em 48 idosos no interior de Rio Grande do Sul, a fim de evidenciar sua influência na vida diária e na convivência social. Os participantes responderam a questionários de perguntas com indicadores sócio-demográficos e Escala Numérica Visual. Entre os participantes, 27 referiram dor crônica, sendo 16 do sexo feminino. A média de idade foi de 71,5 anos. Houve prevalência da localização de dor na região da coluna e nos membros inferiores. Em relação ao tipo de dor, perceberam como queimação, latejante, lacerante e aguda, podendo ocorrer diariamente, eventualmente e associada aos esforços físicos. Pode-se concluir que a dor no idoso está entre os principais fatores que impactam negativamente a qualidade de vida (CELICH e GALON, 2009).

Embora haja uma preocupação em estudar o fenômeno doloroso nos idosos, verificou-se que há na literatura, poucos estudos sobre a avaliação de dor em residentes de ILPI.

Reis, Torres e Reis (2008) identificaram a prevalência e características da dor crônica em relação aos aspectos qualitativos e localização da dor em idosos institucionalizados no município de Jequié, Bahia. O instrumento utilizado foi Questionário de dor de McGill, sendo aplicado em 60 idosos. A prevalência de dor foi de 73,3%, sendo que 30% relataram sentir dor no intervalo de 1 a 5 anos, 25% há mais de 5 anos, 28,3% não citaram e 16,6% em tempo menor que 1 ano. Quanto à quantificação da dor, os mais citados foram dor moderada, correspondendo a 25,7%. Quanto aos locais mais acometidos, os mais citados foram a região da coluna, com 31% e dos membros inferiores, com 28,2%.

Em estudo descritivo e transversal, Álaba e Arriola (2009) avaliaram a presença de dor em idosos institucionalizados sem deterioração cognitiva e naqueles com demência. Idosos sem comprometimento cognitivo utilizaram Escala Analógica Visual e Escala Numérica, já ao passo que os idosos com demência utilizaram Escala Observacional de Avaliação da Dor em Demência Avançada. Participaram 187 idosos com idade média de 84 anos, sendo 74% mulheres, 40% com dependência grave e 64% com demência. A prevalência de dor em idosos sem comprometimento cognitivo foi de 61% e com 29% com intensidade grave. A Escala Numérica de dor foi considerada a mais completa e com correlação entre presença de dor e capacidade funcional com o nível de ansiedade. Nos idosos com demência, 22%, a intensidade de dor foi de moderada a severa, o que correlacionou a presença de dor com a capacidade funcional, estado afetivo e comportamental.

Achterberg et al. (2010) documentaram a prevalência de dor, sua frequência e gravidade na Finlândia, na Itália e na Holanda, em residentes de ILPI. Utilizou-se o instrumento de avaliação “Minimum Data Set” (MSD 2.0). Participaram do estudo 5761

idosos de 64 instituições na Finlândia, 2295 idosos de 8 instituições na Holanda e 1959 idosos de 31 instituições na Itália. A prevalência de dor variou entre 32% na Itália, 43% na Holanda e 57% na Finlândia. A dor estava presente diariamente e com intensidade moderada a grave em 50 % dos participantes de todos os países. A correlação clínica de dor foi substancialmente semelhante em todos os países e a dor foi positivamente correlacionada com incapacidade física, depressão clínica e o diagnóstico de osteoporose.

Reis e Torres (2011) analisaram por meio de um estudo transversal, a influência da dor quanto à duração, à localização e à intensidade na capacidade funcional de idosos institucionalizados no interior da Bahia. Participaram 60 idosos, os quais responderam ao instrumento composto por variáveis sócio-demográficas, aspectos relacionados à dor (tempo e localização), avaliação da dor pela Escala Numérica e capacidade funcional avaliada pelo Índice de Barthel. Os resultados apontaram que 50% eram de cada sexo, com faixa etária de 60 a 75 anos de idade. A ocorrência de dor nos idosos foi de 73,3%. Quanto à localização da dor, os membros inferiores (47,7%) e a coluna (25,0%) foram os mais relatados. O tempo de dor variou de 8 meses a 25 anos. No Índice de Barthel, 70% dos idosos foram classificados como dependentes, sendo os idosos classificados como dependentes em quatro atividades (higiene íntima, transferência da cama para cadeira, deambulação e subir escadas). Constatou-se que a dor interfere de maneira negativa na capacidade funcional dos idosos.

A partir dos estudos mencionados acima é possível observar alta prevalência de dor nos idosos e constata-se que os locais mais acometidos foram os membros inferiores e a região da coluna. Isso demonstra uma relação entre dor e comprometimento da capacidade física dos idosos no desenvolvimento das AVD, percepção que corrobora com recentes estudos (TOMAS et al., 2004; CAMACIU et al., 2007, ACHTERBERG et al., 2010, REIS E TORRES, 2011).

Em uma busca na literatura por artigos referentes à avaliação e à mensuração de dor em idosos verificou-se a existência de diversos instrumentos unidimensionais e multidimensionais, os quais podem ser descritos em alguns estudos abaixo relacionados.

Jakobsson e Horstmann (2006), ao avaliarem segundo propriedades psicométricas a versão Sueca do Inventário Multidimensional de Dor (MPI-S) em estudos com 175 idosos, entre 76 a 99 anos de idade, apontaram os relatos de dor com duração média de 11 anos e 5 meses e de ajuda para realizar as atividades de vida diária (AVD). As correlações interescalar foram avaliadas por meio de dois itens do *Short-Form Survey* (SF-12). A fidedignidade foi avaliada pelo coeficiente alfa. Os resultados demonstraram que o MPI-S não apresenta

qualquer validade e fidedignidade quando aplicado em idosos. Concluiu-se que este instrumento não é útil para avaliar e mensurar a dor em idosos.

Miró et al. (2005) determinaram as propriedades psicométricas iniciais da versão em espanhol da Escala de Faces de Dor Revisada (FPS-R) e compararam como uma medida de intensidade da dor em idosos. Participaram 177 idosos, sendo utilizados os seguintes instrumentos: FPS-R, termômetro de dor (PT), Inventário de Eventos de Dor Geriátrico (GPEI) e um indicador para estado afetivo. As avaliações da intensidade da dor relatada com FPS-R e PT foram muito semelhantes, e a relação entre a intensidade da dor experimentada e o estado afetivo negativo do participante foi estatisticamente significativa. Houve uma correlação variada de 0,44 para 0,7 após teste e re-teste do GPEI. Os dados sugerem que, independentemente da idade ou do gênero, as escalas preferidas foram FPS-R e PT. Em geral, esses resultados fornecem comprovações da sua fidedignidade e validade de critério na amostra de indivíduos idosos.

Santos et al. (2006), verificaram a fidedignidade intra e inter examinadores da aplicação da versão brasileira do questionário de dor de McGill (Br-MPQ) em idosos com dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas e neurológicas. Trata-se de uma pesquisa observacional transversal. Os participantes foram 38 idosos da comunidade, sem alterações cognitivas e com doenças ortopédicas e neurológicas que apresentavam dor crônica. Os resultados mostraram que o Br-MPQ foi de fácil aplicação e pode ser adequado para avaliar a dor crônica em idosos, uma vez que a percepção deste sintoma está mais relacionada aos aspectos sensoriais, afetivos e cognitivo-avaliativo e não somente à intensidade.

Jones et al. (2007) examinaram a equivalência da intensidade da dor em 135 idosos da comunidade de Colorado. A Escala Analógica Visual foi aplicada e verificou-se que a mesma não foi adequada para a população idosa. Em uma segunda amostra, também com 135 idosos da comunidade, foram aplicados três instrumentos diferentes: a Escala Verbal, a Escala de Faces e a Escala Numérica. Nos resultados, foi evidenciado que os níveis de dor nos três instrumentos foram altamente correlacionados. Uma modificação da pontuação para a Escala de Faces levou a uma maior concordância entre os três instrumentos. Os resultados têm implicações para o uso destas ferramentas na melhoria da qualidade e comunicação da dor.

Um estudo cujo objetivo foi analisar o nível de dor em idosos institucionalizados, por meio de uma escala de avaliação, e identificar os desafios adotados pelo método. Foram selecionados aleatoriamente 40 idosos em duas ILPI de Columbia, utilizando-se a Escala Analógica Visual adaptada a Escala de Faces. Como resultado, 84,2% era do sexo feminino, com idade média de 91,4 anos e 50% apresentavam dor leve a moderada. Idosos com déficit

cognitivo apresentaram níveis mais baixos de dor moderada (9,5%) e níveis mais altos de dor leve (33,3%) quando comparados com idosos com cognição normal 36% e 17%, respectivamente. Concluiu-se que a avaliação cognitiva e comportamental regular pode ajudar a avaliar a dor, fornecendo informações adicionais aos profissionais de saúde quando o tratamento torna-se mais exigente e complexo (LEONE, STANDOLI e HIRTH, 2009).

Em estudo transversal analítico, o objetivo foi comparar os relatos de dor crônica entre idosos e jovens utilizando o questionário de McGill (MPQ). Participaram 70 idosos e 40 jovens. Os resultados apontaram que 59,8% dos idosos eram do sexo masculino, com idade média de 70,3, variando de 60 a 86 anos, 45,7% apresentaram dor no dia da entrevista, 55,8% com diagnóstico de osteoporose e o local de maior dor foi a região lombar, com 22%, seguido dos joelhos, com 10,3%. Quanto à intensidade da dor, 45% apresentaram dor leve. Os descritores mais escolhidos foram: “latejante”, “dolorida”, “pesada”, “machucada”, “doída” e “esticada”, os quais capturam o componente sensitivo. Já no grupo controle (jovens) 64% foi do sexo feminino, a média de idade foi de 28,2, variando de 18 a 40 anos, 37,5% apresentavam dor no dia da entrevista e a região lombar foi a mais referida, com 26%. Não se observou diferença estatística nos escores médios da intensidade da dor entre os dois grupos pesquisados. No grupo dos jovens os descritores mais utilizados foram: “pontada” (18%), “fina” (12%) e “mordida” (7%) (SOUSA-MUÑOZ, NOGUEIRA e FERNANDES FILHO, 2011).

Alguns estudos demonstraram que a dor crônica pode provocar mudanças no estilo de vida dos idosos e, conseqüentemente, causar sofrimento, depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança e sentimento de morte. A dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo (FERREL, FERREL e OSTERWEIL, 1990; PIMENTA, KOIZUMI e TEIXEIRA, 1997).

2.2. A dor da depressão e o envelhecimento

A depressão é considerada na literatura como um transtorno de humor que afeta várias esferas da vida. Neste trabalho, este fenômeno é compreendido como uma forma de dor humana, que pode ser intensificada no processo de envelhecimento à medida que surgem as doenças, as perdas de vínculos familiares, da autonomia e das relações, segundo as quais a sua história foi construída. Diante disso, é importante observar alguns estudos que ressaltam a ocorrência da depressão em idosos.

Um estudo realizado em São Paulo, cujo objetivo foi verificar a relação entre estados depressivos e a educação formal no trabalho assalariado de aposentados. Participaram 8 idosos, os quais responderam a escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D) e o Mini Exame do Estado Mental de Folstein (MEEM). Os resultados mostraram que as perdas ao longo da vida, o abandono, o isolamento social, a incapacidade e a aposentadoria são fatores que comprometem a qualidade de vida e predispoem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2002).

A depressão em idosos foi identificada por meio de um estudo epidemiológico, descritivo e de corte transversal, com a participação de 358 idosos de Pernambuco. Utilizou-se o instrumento *Brazil Old Aged Schedule* (BOAS). Os resultados demonstraram que 24,02% dos idosos com faixa etária de 70-79 anos, do gênero feminino e divorciado, apresentaram depressão menor. Observou-se associação significativa entre baixa escolaridade e depressão. Os casos de depressão apresentaram relevante relação com as variáveis “preocupação”, “dor de cabeça”, “pouca disposição”, “irritação”, “tristeza” e “insatisfação” (LEITE et al., 2006).

Estudo transversal realizado na Europa analisou a relação entre dor, condições somáticas e depressão nos idosos associados ao impacto nas interações da utilização de medicamentos psicotrópicos com 4401 idosos. O instrumento utilizado foi à terceira versão do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-3,0). Do total de participantes da pesquisa, 59,4% eram do gênero feminino, 31,8% apresentaram sintomas físicos dolorosos, com prevalência daqueles com manifestação de depressão maior. Concluiu-se que sintomas físicos de dor estão fortemente e independentemente associados com transtorno depressivo (BONNEWYN et al., 2009).

Em estudo transversal, Unsar e Sut (2010) tiveram como objetivo estabelecer a relação entre a depressão e o estado de saúde em 100 idosos hospitalizados da Turquia que apresentavam doenças crônicas. O instrumento utilizado foi *European Quality of Life*

Instrument-5 Dimensions (EQ-5) e a Escala de Depressão Geriátrica. Sintomas depressivos e doenças crônicas foram relatados em 64% dos idosos em um período de tempo maior comparado aos que não apresentavam tais sintomas. As doenças crônicas foram relacionadas a problemas cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, diabetes mellitus, entre outras doenças.

Existem diversas escalas que avaliam sintomas depressivos. Entretanto, para a detecção de depressão em idosos, foi elaborada em língua inglesa por Yesavage et al. (1982) a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), versão da escala original composta por 30 itens que foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos Transtornos de Humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Entre suas vantagens, destacam-se as perguntas de fácil compreensão, pequena variação nas possibilidades de respostas e o fato de ser autoaplicável.

A EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original elaborada por Sheik e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionam com o diagnóstico de depressão. Estes itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e fidedignidade adequadas. Essa versão reduzida é eficaz para o rastreamento dos Transtornos do Humor.

Almeida e Almeida (1999) avaliaram a confiabilidade de teste/reteste das versões com 1, 4, 10 e 15 itens da EDG. Foram selecionados 64 idosos com depressão nos ambulatórios em São Paulo. Dos selecionados, 51 participaram da avaliação, que foi realizada duas vezes, aplicando-se a entrevista com intervalo de 48 a 72 horas. Concluiu-se que as versões com 1 e 4 itens apresentaram baixos coeficientes de confiabilidade, mas a EDG com 10 e 15 itens pode ser utilizada com relativa confiabilidade na prática clínica, particularmente quando se consideram os escores totais das escalas. Considerou-se que seu entendimento é simples, com respostas dicotômicas do tipo sim/não e de rápida e fácil aplicação.

Paradela, Lourenço e Veras (2005) estudaram a validade da EDG-15 na identificação de depressão maior e distímia em 302 idosos atendidos em ambulatório geral. Os diagnósticos de depressão maior e distímia foram feitos utilizando-se os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV*. Os resultados demonstraram que 5,3% dos idosos apresentavam depressão maior e 11,6% distímia. O ponto de corte de melhor equilíbrio foi de 5/6, com sensibilidade de 81% e especificidade de 71%.

Sousa et al. (2007) avaliaram a validade e fidedignidade da EDG-30 e da EDG-15 em 50 idosos em João Pessoa. Tratou-se de um estudo observacional e transversal. Os resultados demonstraram que houve concordância entre a aplicação da EDG-30 e o exame psiquiátrico,

enquanto a EDG-15 não apresentou concordância estatística. A EDG-30 apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 57%, mas a EDG-15 apresentou sensibilidade em 50% e especificidade de 62%. Os escores da EDG-30 apresentam correlação estatisticamente significativa entre si no teste/reteste e na equivalência entre observadores, porém a versão de 15 itens não foi fidedigna.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os diferentes tipos de dor crônica no envelhecimento.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil dos indicadores sócio-demográficos dos participantes com dor crônica.

- **Experimento 1:**
Mensurar a dor percebida;
- **Experimento 2:**
Avaliar os descritores de dor crônica de maior atribuição;
- **Experimento 3:**
Identificar diferentes temáticas de dor crônica percebida;
- **Experimento 4:**
Avaliar sinais e sintomas de depressão.

4. Avaliação da Dor

4.1 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) após terem sido orientados de forma verbal sobre a pesquisa e seus objetivos.

4.2 Perfil dos indicadores sócio-demográficos dos participantes com dor crônica.

A amostra do estudo foi composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, que apresentavam queixas de dor crônica, eram residentes de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas pessoas sem queixas de dor crônica e sem condições físicas e/ou cognitivas para participar da pesquisa. Os voluntários participaram de uma identificação sócio-demográfica (APÊNDICE B – primeira parte) e, posteriormente, de quatro experimentos (amostra dependente).

Inicialmente, um estudo piloto foi realizado com os 5 primeiros participantes da pesquisa, a fim de observar se os mesmos apresentavam dificuldades em desenvolver as tarefas propostas pela pesquisa. Percebe-se que houve entendimento por todos os participantes e não foi necessário realizar mudança nos instrumentos. Posteriormente, os cinco participantes foram incluídos na amostra final do estudo.

Durante o período de coleta de dados, compreendido entre julho a outubro de 2009, foi registrado um total de 142 idosos residentes nas duas instituições de longa permanência pesquisadas, sendo que 84 eram de uma entidade civil sem fins lucrativos e de direito privado e 58 de instituição particular. Foram excluídos 33 por não apresentarem dor crônica, 22 apresentavam déficit cognitivo, 16 apresentavam incapacidade de racionalização, 11 não quiseram participar, 9 óbitos, 3 foram embora da instituição e 2 desistiram de participar.

Do total de idosos residentes em tais instituições, a dor crônica foi percebida em 46 idosos. Destes, 26 e 20 eram residentes, respectivamente, das instituições referidas.

A seguir, na Tabela 1, os indicadores sócio-demográficos são apresentados na íntegra, caracterizando a amostra quanto ao sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, atividade desenvolvida na instituição, situação econômica e tempo de institucionalização.

Tabela 1 – Características dos Indicadores Sócio-Demográficos dos residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009

Dados de Identificação	Número Absoluto	Porcentagem
Sexo		
Masculino	20	43,48%
Feminino	26	56,52%
Idade		
60 – 70 anos	10	21,73%
71 – 80 anos	16	34,79%
81 – 90 anos	17	36,96%
91 anos a mais	03	6,52%
Escolaridade		
Alfabetizado	06	13,04%
Analfabeto	06	13,04%
Ensino Fundamental Completo	07	15,22%
Ensino Fundamental Incompleto	23	50,00%
Ensino Médio Completo	02	4,36%
Ensino Médio Incompleto	01	2,17%
Ensino Superior	01	2,17%
Religião		
Católico	29	63,06%
Evangélico	06	13,04%
Espírita	06	13,04%
Não tem	01	2,17%
Fé em Deus	03	6,52%
Indeciso	01	2,17%
Estado Civil		
Solteiro	16	34,79%
Casado	04	8,69%
Divorciado	03	6,52%
Viúvo	23	50,00%
Atividades Desenvolvidas na Instituição		
Sim	12	26,08%
Não	34	73,92%

Continuação Tabela 1.

Dados de Identificação	Número Absoluto	Porcentagem
Situação Econômica		
1 salário	37	80,43%
2 salários	05	10,87%
3 salários	04	8,70%
Tempo de Institucionalização		
0 – 5 anos	37	80,43%
5 – 10 anos	06	13,04%
10 anos a mais	03	6,52%

A amostra final foi composta por 46 idosos de idade média de $78,26 \pm 8,33$ anos, sendo a menor idade de 61 anos e a maior idade de 93 anos. Dentre os participantes, 26 eram do sexo feminino e 20 do sexo masculino. Destes 23 eram viúvos, 29 eram pertencentes à religião católica, 23 tinham o ensino fundamental incompleto e 34 declararam não realizar atividade na instituição pesquisada.

Em relação à renda, os 46 entrevistados eram aposentados e 37 relataram receber um salário mínimo. Quanto ao tempo de moradia, 37 dos participantes residem nas instituições de longa permanência no tempo de zero a cinco anos. Quanto às atividades de lazer, 34 declararam não realizar atividade nas instituições pesquisadas. No que se refere a visitas, 24 relatam receber visitas de familiares.

A seguir, na Tabela 2, as comorbidades mais prevalentes entre os idosos.

Tabela 2 – Comorbidades mais prevalentes entre os residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009

Comorbidades	Número Absoluto	Porcentagem
Hipertensão Arterial	17	36,96%
Acidente Vascular Encefálico	7	15,22%
Osteoporose	7	15,22%
Diabetes Mellitus	7	15,22%
Fraturas de Fêmur	4	8,69%
Doenças Degenerativas	10	21,73%

A partir dos dados obtidos da Tabela 2 observamos que as comorbidades mais prevalentes entre os idosos institucionalizados foram hipertensão arterial e as doenças degenerativas, como Parkinson e transtorno de humor como depressão. É importante ressaltar que mais de um idoso apresentou, simultaneamente, uma ou mais comorbidades.

4.3 Experimentos 1: Mensurar a dor percebida

Neste experimento a intensidade da dor crônica dos residentes de instituições de longa permanência foi avaliada por meio do método psicofísico de estimação de categorias.

O objetivo desse experimento foi mensurar a dor percebida.

4.3.1 Método

4.3.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 46 participantes residentes de duas instituições de longa permanência no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

4.3.1.2 Material: um bloco de papel contendo na primeira página instruções específicas para o tipo de método psicofísico, perguntas referentes à dor, uma escala unidimensional numérica de 11 (onze) pontos e caneta.

4.3.1.3 Procedimento: O método utilizado foi o de estimação de categorias. Inicialmente a tarefa dos participantes foi responder um questionário com perguntas referentes à dor, dentre elas, se apresentavam dor no momento da entrevista; para identificar o local, o tempo, o horário que mais a sentem e o tipo de dor (APÊNDICE B – segunda parte). Posteriormente, foi apresentada aos participantes uma escala numérica de “onze” pontos e eles foram orientados a assinalar um escore que variava de 0 a 10, para a intensidade da dor percebida na última semana, onde “zero” que caracterizava a ausência de dor e “dez” a pior dor que pudesse imaginar. Os outros escores intermediários de 1 a 9 deveriam ser utilizados para indicar graus intermediários de intensidade de dor que os participantes percebessem (ANEXO B).

4.3.1.4 Análise dos dados:

Para análise dos resultados da coleta de dados foram calculadas a frequência e a média aritmética (MA) e respectivos desvios padrão (DP).

4.3.2 Resultados e Discussão:

A dor crônica foi percebida em 46 idosos, dos quais 38 perceberam o tempo de dor há mais de um ano, 4 de seis meses a um ano e 4 de três a seis meses. Durante a última semana, 28 dos participantes relataram sentir dor.

No momento em que realizamos a entrevista, 28 relataram sentir dor naquele instante e 18 relataram não senti-la, 32 relataram não haver horário específico para senti-la ou percebê-la, 6 queixaram-se de dor no período da manhã, 6 no noturno, 1 à tarde e 1 pela manhã e à tarde.

Os tipos de dor crônica verificados no estudo foram: 16 participantes com lombalgia, 11 com cefaleia, 21 com dor nos membros, 6 com dor abdominal, 11 com dores articulares e 4 com dor torácica. Percebeu-se que, os participantes apresentaram simultaneamente um ou mais tipos de dor.

Para categorizar a localização da dor utilizou-se o diagrama corporal proposto por Faleiros Sousa et al. (2010). Na região anterior dos membros inferiores, 4 participantes referiram que a dor acometia a coxa direita (local 14), 6 a coxa esquerda (local 15), 16 a perna direita (local 16), 17 a perna esquerda (local 17), 4 o pé direito (local 18) e 7 o pé esquerdo (local 19); na região posterior dos membros inferiores 1 participante localizou a dor na região glútea esquerda (local 33), 3 na coxa esquerda (local 34), 2 na coxa direita (local 35), 8 na perna esquerda (local 36), 6 na perna direita (local 37), 5 no pé esquerdo (local 38) e 3 pé direito (local 39); na região anterior dos membros superiores, 3 participantes localizaram a dor no braço direito (local 4), 1 no antebraço direito (local 5), 1 na mão direita (local 6), 5 na mão esquerda (local 8), 2 no antebraço esquerdo (local 9) e 4 no braço esquerdo (local 10); na região posterior dos membros superiores, 1 participante localizou a dor no braço esquerdo (local 24), 1 no antebraço esquerdo (local 25), 4 na mão esquerda (local 26) e 1 na mão direita (local 29); na região anterior e superior do corpo, 1 participante relatou dor no tórax direito

(local 3), 4 no tórax esquerdo (local 11), 6 no abdome direito (local 12), 5 no abdome esquerdo (local 13), 7 na cabeça (local 1) e 4 no pescoço (local 2); na região posterior e superior do corpo, 9 participantes localizaram a dor no tórax esquerdo (local 22), 9 no tórax direito (local 23), 15 na lombar esquerda (local 30), 14 na lombar direita (local 31) e 5 na região occipital (local 21). Vale ressaltar que cada participante assinalou uma ou mais localizações para a dor percebida.

Quanto à localização da dor, os dados sugerem que os membros inferiores e a região dorsal foram as regiões mais afetadas pelo quadro algico.

Percebe-se que o processo de envelhecimento exerce influência no aparecimento e na expressão da dor. Faleiros Sousa (2002) afirma que a experiência dolorosa, por ser um fenômeno subjetivo precisa ser percebida por quem a vivencia, pois assim esta poderá fornecer informações sobre as dimensões físicas de localização e de intensidade da dor, bem como as dimensões sensitivas, afetivas e cognitivas que as envolvem.

Chung e Wong (2007) mensuraram a prevalência de dor e seu impacto nas atividades diárias na China em adultos e idosos por meio de entrevistas por telefone, onde 2126 dos participantes foram escolhidos aleatoriamente. Os resultados apontaram que 87,4% apresentavam dor há mais de 3 meses, variando de 1 a 5 anos. A idade com maior prevalência de dor foi de 45 a 64 anos. A prevalência de dor foi de 45,9%, sendo lombalgia de 22,2%, cefaleia de 19,9% e membros inferiores de 18,5%. O impacto da dor nas atividades diárias foi relacionado ao humor e a mobilidade. Percebemos que houve correlação com o nosso estudo, uma vez que a localização de dor foi similar, o que pode ser justificado devido à amostra ser composta, em sua maioria, por indivíduos idosos.

Alguns estudos tentam determinar a prevalência de dor crônica em idosos como o estudo realizado em 451 idosos da comunidade no município de Londrina, com o propósito de determinar a dor crônica, o qual mostrou que 51,4% apresentaram queixas de dor crônica, sendo a maioria dos participantes do sexo masculino, com idades entre 60-75 anos, estado civil casado, aposentados, apresentando uma prevalência de dor na região dorsal e nos membros inferiores (Dellaroza, Pimenta e Matsuo, 2007). Tais resultados corroboram as informações do nosso estudo, acima descritas, as quais revelam que a maioria dos idosos eram aposentados e apresentavam dor na região dorsal e nos membros inferiores. Diverge, porém, quando se refere aos atributos sócio-demográficos dos mesmos: idade, sexo e estado civil.

Outro estudo analisou a prevalência de dor crônica, sendo este realizado com 40 idosos da comunidade em Goiânia por meio de protocolos que incluem entrevistas, exame clínico e escalas de avaliação de dor e de depressão. Foi identificada a dor crônica em 62,5%,

sendo que 48% a localizaram na região das costas e 24% nos membros inferiores. A intensidade foi predominantemente suportável, 36%, e leve, 28%. (LACERDA et al., 2005). Observou-se que houve semelhança com o nosso estudo, visto que os achados em relação à localização da dor foram os mesmos.

Em Londrina realizado um estudo com 24 idosos cujo objetivo foi caracterizar idosos da comunidade, por meio de entrevista estruturada com perguntas referentes ao perfil sócio-demográfico e a dor. O predomínio foi do gênero feminino, 66,7%, com idades variando de 60 a 94, média de idade de 78,8 anos e 58,3% viúvos. A hipertensão arterial foi o diagnóstico mais frequente entre os idosos, correspondendo a 70,8%, seguida de 33,3% de acidente vascular encefálico e 33,3% de diabetes mellitus. A dor crônica esteve presente em 85,7% com predominância nas costas e nos membros inferiores (TRELHA et al., 2006). Entende-se que tais resultados apresentaram congruência com o nosso estudo na medida que as localizações da dor, o sexo e o estado civil tiveram resultados similares.

Estudo realizado na Bahia, cujo objetivo foi identificar a prevalência da dor crônica em 60 idosos, por meio do questionário de McGill, mostrou que a maioria era do sexo feminino, com a percepção de dor no intervalo de 1 a 5 anos e os locais álgicos mais relatados foram os membros inferiores e a região da coluna (REIS, TORRES e REIS, 2008). Percebemos que os achados foram semelhantes ao nosso estudo em relação ao intervalo de tempo e a localização da dor, o que pode ser confirmado com a literatura, a qual enfatiza que as dores articulares por movimentos repetidos e as lombalgias são dores de alta prevalência na população que causam consequências como incapacidade física, emocional e social (ALEXANDRE et al., 2006; CHUNG E WONG, 2007).

Na análise do fenômeno doloroso, a maioria dos participantes (30,43%) atribuiu o valor 10 para a intensidade de dor crônica, na última semana, o que correspondeu a pior dor percebida com Média Aritmética (MA) igual a $7,02 \pm 2,74$.

Este resultado mostra que houve um julgamento semelhante em relação a MA da percepção da dor crônica quando comparado ao de Gregorio et al. (2007), cujo objetivo foi realizar em estudo observacional com 1200 idosos com a escala visual analógica de 10cm que encontrou a intensidade dolorosa presente com MA de $7,01 \pm 1,3$.

4.4 Experimento 2 – Avaliar os descritores de dor crônica de maior atribuição

Neste experimento, a intensidade da dor foi avaliada por meio de dois métodos psicofísicos independentes: estimação de categorias e ordenação dos postos.

O objetivo desse experimento foi avaliar os descritores de dor crônica de maior atribuição.

4.4.1 Método

4.4.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 46 participantes residentes de duas instituições de longa permanência no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

4.4.1.2 Material: um bloco de papel contendo na primeira página instruções específicas para cada tipo de método psicofísico e, nas páginas seguintes, uma lista contendo 10 descritores para dor crônica com suas correspondentes definições e caneta.

4.4.1.3 Procedimento: O método psicofísico utilizado foi estimação de categorias e estimação de postos.

No método de estimação de categorias foram utilizados dez descritores de maior atribuição de dor crônica da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR), elaborada e validada à cultura brasileira de língua portuguesa para avaliação da dor nas suas múltiplas dimensões (FALEIROS SOUSA et al., 2010). A tarefa dos participantes consistiu em julgar cada descritor de dor, considerando a sua percepção na caracterização de dor crônica. Para isso, foi utilizada uma escala numérica de 11 (onze) pontos. Os dez descritores de dor crônica com suas definições correspondentes foram apresentados aos participantes para que pudessem ter o mesmo entendimento sobre cada descritor e, assim, atribuir um valor de 0 a 10 para a dor percebida. O participante foi instruído a assinalar escore “zero” que caracterizava a ausência de dor e “dez” a pior dor que pudesse imaginar. Os outros escores

intermediários de 1 a 9 deveriam ser utilizados para caracterizar graus intermediários de intensidade de dor (ANEXO C).

No método de estimação de postos, foram utilizados os mesmos dez descritores de dor crônica do EMADOR. A tarefa dos participantes foi assinalar um escore, que variava de 1 a 10, para cada descritor de dor crônica em função da intensidade da dor percebida. Cada participante foi instruído a assinalar, em primeiro lugar (posto 1), o descritor de dor que mais caracterizava a sua dor e, em décimo lugar (posto 10), o descritor de dor que menos caracterizava sua dor. Os postos intermediários (posto 2 a 9) foram utilizados para os descritores caracterizados em sua avaliação de dor intermediária. Os descritores foram apresentados de forma aleatória para cada participante e, estes, assinalavam um posto (ANEXO D).

4.4.1.4 Análise dos dados:

Para análise da estimação de categorias foram calculadas a média aritmética (MA) e respectivos desvios padrão (DP) para cada um dos dez descritores de dor crônica pesquisados. Posteriormente, realizou-se um *ranking* de posições.

Para análise dos resultados da estimação de postos foi calculada a média aritmética (MA) para cada um dos descritores de dor crônica. Finalizando, estabeleceu-se um *ranking* de posições com os descritores em ordem decrescente.

4.4.2 Resultados e Discussão:

Os resultados na Tabela 3 são referentes ao uso do método de estimação de categorias e foram calculados a MA, o DP e o *ranking* de posição dos dez descritores de dor crônica selecionados. Os dados foram representados pelos descritores que receberam maior e menor atribuição obtidos neste experimento.

Tabela 3 – Descritores de maior e menor atribuição de dor crônica em residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009

DESCRITORES DE DOR CRÔNICA	MÉDIA ARITMÉTICA	DESVIO PADRÃO	ORDEM DE POSIÇÃO
DOLOROSA	7,17	2,54	1º
DESCONFORTÁVEL	6,89	2,86	2º
PREJUDICIAL	6,72	3,17	3º
INSUPORTÁVEL	6,65	3,10	4º
ANGUSTIANTE	6,28	3,15	5º
CRUEL	6,02	3,51	6º
ASSUSTADORA	6,00	3,66	7º
PERSISTENTE	5,87	3,19	8º
DEPRIMENTE	5,63	3,43	9º
DESASTROSA	5,54	3,69	10º

Os idosos caracterizaram a dor crônica, considerando as médias aritméticas e os desvios padrão, sendo os cinco descritores de maior atribuição “dolorosa”, “desconfortável”, “prejudicial”, “insuportável” e “angustiante”. Desses, os descritores “dolorosa”, “desconfortável” e “insuportável” caracterizaram a dimensão sensitiva da dor, cuja expressão remete a sensação física do fenômeno álgico. Já os descritores “angustiante”, “cruel”, “assustadora”, “persistente” e “deprimente” caracterizaram a dimensão afetiva da dor, a qual sugere que a dor afeta o idoso no que diz respeito às emoções. E os descritores “prejudicial” e “desastrosa” caracterizaram a dimensão cognitiva da dor, em que há uma explicação, racionalização e intelectualização do fenômeno percebido.

A partir dos resultados, observou-se que tais descritores foram importantes para detectar componentes sensitivos, afetivos e cognitivos da experiência dolorosa. Nesse sentido, entende-se que a utilização dos descritores foi de grande relevância na percepção de dor no idoso institucionalizado à medida que os participantes descrevem “dolorosa” como o de maior atribuição, remetendo-se a dimensão sensitiva, porém sinalizam a presença de dor em sua dimensão cognitiva percebendo o descritor “desastrosa” como o de menor atribuição. Compreendemos que os achados ressaltam a dor no envelhecimento podendo ser notadamente expressa pela sensação física, em virtude talvez das condições da própria idade. No entanto, os idosos não deixam de sinalizar que a dor também afeta as suas emoções e, conseqüentemente, sua dinâmica psíquica e a, por último, a dimensão cognitiva da dor.

Os resultados na Tabela 4 indicam a ordenação de postos dos dez descritores, médias aritméticas e o *ranking* de posições utilizados no método de estimação de postos (OP).

Tabela 4 – Ordenação de Postos dos Descritores de Dor Crônica atribuídos pelos residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009

OP	Descritores de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)
1	DESASTROSA	6,39
2	DEPRIMENTE	6,04
3	ASSUSTADORA	5,93
4	PERSISTENTE	5,73
5	ANGUSTIANTE	5,56
6	CRUEL	5,54
7	PREJUDICIAL	5,41
8	INSUPORTÁVEL	5,13
9	DESCONFORTÁVEL	4,82
10	DOLOROSA	4,26

Existem algumas diferenças fundamentais nas propriedades das ordenações obtidas. No método de estimação de categorias, é possível estabelecer apenas as ordenações e as diferenças entre a intensidade de dor. Já no método de estimação de postos, pode-se obter apenas uma ordenação das intensidades de dor.

Percebeu-se que ao comparar o *ranking* de posição do método de estimação de categorias com o método de ordenação de postos, as posições 5º, “angustiante”, e 6º, “cruel”, coincidiram nos dois. Entretanto, nas demais posições, houve divergência dos dados, uma vez que o descritor “dolorosa” ficou em 1º lugar na avaliação do método de estimação de categorias, enquanto que no método de ordenação de postos o mesmo descritor ficou em 10º lugar. O descritor “desconfortável” ficou em 2º lugar no método de estimação de categorias e no método de ordenação de postos ficou em 9º lugar.

Entendemos que, no método de ordenação de postos, ao inverterem a dimensão cognitiva da última posição para a primeira, os idosos podem talvez, estarem mostrando um modo de repensarem sobre a própria dor. Isso pode estar sendo reforçado no momento em que avaliam a dor, inserindo os descritores afetivos em postos, julgando-os como de maior importância.

Um estudo brasileiro, com os objetivos de validar e de identificar a categorização dos descritores de dor em adultos, apontou que os descritores que receberam maior atribuição na caracterização de dor crônica foram “deprimente”, “persistente”, “prejudicial”, “angustiante” e “desastrosa” (CARDOSO e FALEIROS SOUSA, 2009). Tais resultados divergem com as informações do nosso estudo, visto que os idosos institucionalizados julgaram os mesmos

descritores como os de menor atribuição no método de estimação de categorias. Porém, quando comparados ao método de estimação de postos, houve um julgamento semelhante ao encontrado em nosso estudo.

Outro estudo com 100 participantes adultos avaliou a dor crônica isquêmica percebida e a qualidade de vida, por meio dos métodos psicofísicos de estimação de categorias e de magnitude, o qual demonstrou que os descritores de menor atribuição para dor crônica foram “deprimente”, “persistente” e “desastrosa” (PEDROSA, 2009). Observou-se que, tais resultados corroboraram com o nosso estudo, uma vez que, houve semelhança na percepção dos descritores de dor crônica “deprimente”, “persistente” e “desastrosa”, como citado anteriormente.

É importante mencionar que os idosos pesquisados demonstraram não apresentar dificuldades em participar da pesquisa, e no que tange a aplicação e ao grau adequado de linguagem para os idosos responderem as escalas e as questões. Salvo aqueles que desistiram da pesquisa.

Alguns pesquisadores enfatizam sobre a fidedignidade intra e inter examinadores na aplicação do questionário brasileiro de dor de McGill em idosos e apontam que a facilidade e a aplicação adequada para avaliar a dor crônica em idosos são fundamentais. Com esses critérios obedecidos, os autores investigaram a percepção dos sintomas algícos dos idosos relacionada aos aspectos sensitivos, afetivos, cognitivos e avaliativos. Resultados estes, semelhantes aos observados em nosso estudo (SANTOS et al., 2006).

Em contrapartida, o limitado número de estudos que buscam identificar a linguagem e as dimensões da dor do no processo do envelhecimento enfatizam a importância da ampliação desse conhecimento, o qual tem sido salientado há décadas (MELZACK, 1984; NOBLE et al., 2005).

Os estudos recentes disponíveis na literatura avaliaram a dor em idosos por meio de descritores e utilizaram na sua totalidade os descritores que compõem o MPQ (SANTOS et al., 2006; REIS, TORRES e REIS, 2008; SOUSA-MUÑOZ, NOGUEIRA e FERNANDES FILHO, 2011).

Em relação à EMADOR, os resultados do nosso estudo mostraram que esse instrumento é de grande utilidade na investigação de dor no idoso. Sua validade e fidedignidade foi constatada, podendo ser percebida em seus componentes sensitivos, afetivos e cognitivos, de maneira semelhante a estudos anteriores sobre avaliação e percepção dolorosa (PEREIRA e FALEIROS SOUSA, 1998; FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2005; HORTENSE, EVANGELISTA e FALEIROS SOUSA, 2005; PEREIRA e FALEIROS

SOUSA, 2007; CARDOSO e FALEIROS SOUSA, 2009). De maneira geral, entendemos que isto pode contribuir para retratar uma realidade emergente do quinto sinal vital que não pode ser mais subestimada no processo de envelhecimento, visto que há uma necessidade da enfermagem e da equipe de saúde em geral perceberem a multidimensionalidade existente na dor, principalmente diante do crescimento da população idosa no nosso país, realidade que precisa ser repensada para possíveis melhorias na área da avaliação de dor, no ensino, na pesquisa e na prática clínica.

4.5 Experimento 3 – Identificar diferentes temáticas de dor crônica percebida

Neste experimento, utilizamos uma entrevista semi-estruturada com sete perguntas relacionadas à dor crônica. O objetivo do estudo foi identificar as diferentes temáticas de dor crônica percebida pelos participantes.

4.5.1 Método

4.5.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 46 participantes residentes de duas instituições de longa permanência no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

4.5.1.2 Material: um bloco de papel contendo, na primeira página, instruções específicas da entrevista semi-estruturada, caneta, gravador e fita cassete.

4.5.1.3 Procedimento: O método utilizado foi de Minayo (2004), denominado análise de conteúdo temático, que consiste na sistematização das ideias para organização do material e, posteriormente, a construção das unidades temáticas que possibilitou desenvolver os temas. Foi elaborada uma entrevista semiestruturada com sete perguntas referentes ao histórico do adoecimento, desde o surgimento dos sintomas. Paralelamente a este processo, foram questionados pensamentos e sentimentos que acompanham a vivência destas questões (APÊNDICE C). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente.

Segundo Casarini (2005), esse tipo de análise alcança dois objetivos: visa compreender o sentido da comunicação e ainda busca significados que possam estar contidos num segundo plano, com outra significação.

4.5.1.4 Análise dos dados:

Para realização da análise, algumas etapas foram seguidas:

1. De posse das entrevistas transcritas, uma pré-análise foi realizada, no intuito de sistematizar ideias para organização do material e posterior construção das unidades temáticas. Esta leitura foi realizada com todas as entrevistas, exaustivamente, identificando unidades globais de significado. Essa fase possibilitou a identificação dos temas a serem desenvolvidos.
2. Após essa identificação global e levantamento das principais unidades temáticas, o material foi lido e analisado novamente, buscando pontos do discurso relacionados às unidades temáticas identificadas. Neste momento, também foi possível levantar unidades ainda não identificadas, bem como possíveis subdivisões dessas unidades.
3. Com a identificação das unidades temáticas, bem como os trechos dos textos relacionados a estas, cumpriu-se o objetivo de estabelecer relações entre as unidades e verificar a possibilidade da existência de conteúdos latentes passíveis de identificação.
4. Na fase final, foi realizada interpretação dos dados explorando os conteúdos emergidos.

4.5.2 Resultados e Discussão:

Com o propósito de obter maior sistematização, os resultados das entrevistas semiestruturadas foram apresentados e posteriormente discutidos.

Após a leitura das transcrições das entrevistas, as categorias de análise foram gradativamente ganhando forma e puderam ser estruturadas em itens e subitens, permitindo abarcar os conteúdos relatados pelos participantes de maneira sistemática. As categorias relacionadas à dor foram determinadas e, posteriormente, foram divididas nas seguintes unidades temáticas:

- 1) Percepção quanto ao tempo: essa categoria possibilitou analisar a percepção de dor quanto ao tempo e ao início dos sintomas.
- 2) Dimensão da dor: foram explorados dados relativos às dimensões físicas e psíquicas da dor no início dos sintomas.

3) Estratégias de enfrentamento: foi possível identificar os recursos de como cada participante lida com sua dor, ou seja, quais estratégias os participantes utilizam para enfrentá-la.

4) Causas relacionadas à dor: capturou a percepção dos participantes sobre as causas e/ou influências da dor.

5) Percepção da situação atual: foi possível verificar como cada participante percebe a situação atual; de forma positiva, negativa ou neutra.

6) Outras percepções: foram categorizadas algumas percepções sobre a dor relatadas pelos participantes.

A Tabela 5 mostra um panorama das categorias citadas com a frequência de ocorrência de cada unidade temática nas entrevistas analisadas. Quando cada dado novo da unidade temática aparecia, o mesmo era computado, sem considerar dados que já tivessem ocorrido mais de uma vez na mesma entrevista. Assim, foi possível obter um panorama de quantas interpretações e formas de expressão diferentes os participantes relataram em suas entrevistas e não apenas quantas vezes um determinado tópico ou assunto foi comentado pelos mesmos.

Tabela 5 – Categorias e subcategorias das temáticas analisadas e suas frequências de ocorrência nos relatos dos residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009

UNIDADES TEMÁTICAS	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIAS
Percepção quanto ao tempo	47
Menos de 1 ano	6
1 a 5 anos	8
5 a 10 anos	8
10 ou mais	5
Não definido	20
Dimensão da dor	42
Físicas	36
Psíquicas	06
Estratégias de enfrentamento	89
Recursos medicamentosos	31
Recursos físico-posturais	19
Recursos psicológicos	12
Interações sociais e familiares	7
Recursos espirituais	15
Recursos ocupacionais	05

Continuação Tabela 5.

UNIDADES TEMÁTICAS	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIAS
Causas relacionadas à dor	77
Envelhecimento	08
Doenças	16
Condições físicas	14
Condições psicológicas	18
Condições Ambientais	10
Desconhecida	11
Percepção da situação atual	42
Positiva	23
Negativa	17
Neutro	02
Outras percepções da dor	167
Sentimentos	70
<i>Solidão e Desamparo</i>	14
<i>Medo</i>	11
<i>Incapacidade e Derrota</i>	07
<i>Desesperança</i>	03
<i>Morte</i>	07
<i>Raiva</i>	05
<i>Tristeza e Depressão</i>	08
<i>Controle e Aceitação</i>	10
<i>Violência Física</i>	03
<i>Culpa</i>	02
Perdas	47
<i>Luto</i>	07
<i>Privacidade</i>	05
<i>Autonomia</i>	02
<i>Convívio familiar</i>	10
<i>Capacidade funcional</i>	14
<i>Apetite</i>	07
<i>Memória</i>	02
Equipe	11
Institucionalização	17
Descrições da dor	22

A seguir discorre-se melhor sobre cada uma das unidades temáticas identificadas.

1-) Percepção quanto ao tempo

Nesta unidade temática, foram sistematizados os relatos referentes à percepção da dor e o início dos sintomas e foram encontrados 47 relatos. Na análise, observou-se 6 relatos de dor há menos de um ano, 8 de um a cinco anos, 9 de cinco a dez anos, 5 de dez anos a mais e 20 não souberam definir o tempo de sua dor.

Ao comparar com os indicadores sócio-demográficos deste estudo, percebeu-se que houve significância em relação aos dados averiguados quanto ao tempo de dor relatado até um ano. Além disso, percebeu-se que a maioria dos participantes relatou ter dor crônica no período de um a dez anos.

“Quatro ... cinco ano, fez” (Participante 14)

“Mais ou menos oito anos, sete pra oito anos” (Participante 15)

“Uns 6 anos mais ou menos” (Participante 40)

Outro dado importante encontrado na unidade temática “percepção de dor quanto ao tempo não definido” é que uma grande parte dos idosos não soube definir, precisamente, o início dos sintomas da dor. Este resultado mostra-se significativo, uma vez que pode apontar para um distanciamento ou falta de memória dos participantes em relação à temporalidade da sua própria dor.

“Como eu percebi? Eu sentia que doía. Eu não lembro não. É complicado né, eu não sei expricar, eu não sei expricar. É uma coisa muito, eu não tenho alembança” (participante 20)

“Ah faz muito tempo!” (participante 31)

“Ah eu num sei, não alembro direito” (participante 17)

2-) Dimensão da dor

Na dimensão da dor no início dos sintomas, 36 participantes expressaram sentir dor física, enquanto 6 expressaram a dor psíquica.

Observou-se que a dimensão física, ao ser comparada com os dados do experimento 1, mostrou-se significativa em relação à localização da dor nos membros inferiores (pé, perna, joelho e fêmur) e nas costas. No entanto, deve-se considerar que a dor crônica foi percebida de forma unânime entre os participantes. A localização da dor nos membros superiores (braço e ombro), na cabeça e no pescoço foi também focalizada pelos mesmos. Entre os resultados obtidos, foi possível verificar, o relato de dor em dois ou mais locais, simultaneamente.

“Na perna que ela é fora de sério” (participante 4)

“Dói as perna inteira, dói da cintura pra baixo, todo o corpo” (participante 7)

“Essa dor na perna (...) dor no joelho (...)” (participante 15)

“Doía a cabeça (...)” (participante 19)

“Dor nas costas, nas pernas, nos pés” (participante 24)

“Foi quando eu cai, e bati o fêmur no chão (...) eu senti muita dor” (participante 25)

A dimensão física da dor pode ser comparada ao estudo de Cunha e Mayrink (2011), cujo objetivo foi avaliar a influência da dor crônica na qualidade de vida dos idosos, usando a escala analógica visual (EAV) e o questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), com 50 idosos diagnosticados com dor crônica, que apresentaram 34% de distúrbios da coluna, 22% de artrite reumatoide, 18% de osteoporose, 14% de artrose e 12% de tendinopatias. Além disso, identificou-se o padrão moderado de dor crônica e esta influenciou negativamente a qualidade de vida dos idosos, em virtude da maioria deles apresentarem dor na região da coluna.

A dimensão psíquica da dor foi descrita por 6 dos participantes. No entanto, quando comparado com a temática “outras percepções da dor”, percebeu-se que houve um aumento significativo dessa dimensão, o que pode indicar uma maior abertura para relatar a dor psíquica relacionada a sentimentos de desamparo, de solidão, de medo, de incapacidade, de derrota, de morte, de perdas, de depressão, entre outros.

“Ah é angustiante é muito angustiante (...) me sinto deprimida (...) Me sinto incapaz (...) é uma dor que me sinto inútil. Ela me inutiliza nas tarefa mais fácil de fazer, eu não consigo por causa da dor” (participante 8)

“Eu nasci com essa dor (...) tristeza todo mundo tem minha filha, não tenho mãe, não tenho pai, só tenho um irmão o resto morreu tudo, as vez ele vem (participante 30)

“Eu tinha muito medo (...) agora tô sentindo medo também (...) só medo de qualquer coisa (...) se eu passo algum medo sinto falta de ar” (participante 28)

“Dá vontade de morrer” (participante 9)

“Sinto depressão de ficar assim ... depressão. Isso causa dor e depressão, tristeza de angustiar, né” (participante 1)

“A dor toda emocional, mental que fica tudo aquele negócio do somático ai aquela noção toda (...) sempre foi meu problema na vida, sempre foi existencial” (participante 36)

3-) Estratégias de enfrentamento

Na estratégia de enfrentamento, foi possível observar que 31 relataram utilizar recursos medicamentosos, 19 recursos físico-posturais, 12 recursos psicológicos, 7 interações sociais e familiares, 15 recursos espirituais e 5 recursos ocupacionais.

Percebeu-se, na estratégia de enfrentamento, um predomínio dos recursos medicamentosos, o que pode indicar que os idosos compreenderam que a dor percebida poderia diminuir ou cessar com a utilização de medicamentos.

“Só com remédio passa a dor né, um remédio (...) ele tira minha dor né, um pouco né. Não ... sara não, mas miora mais a dor miora” (participante 3)

“Eu tomo um comprimido por dia eu ainda tomo um comprimido deste tamanho (...) logo caba o efeito e começa de novo” (participante 9)

“A gente toma remédio, toma calmamente, toma remédio pra pressão” (participante 12)

“Tomo remédio e melhora (...) toda espécie de comprimido” (participante 23)

“Eu tomo sempre comprimido contra a dor (...)” (participante 25)

“Tô tomando esses remedinhos (...) pra depressão, diabetes, gastrite, pra nervo” (participante 33)

“Tomo comprimido para dor, para aliviar. Não passa mais alivia” (participante 44)

Os recursos físico-posturais também foram relatados significativamente. Isto pode estar relacionado ao fato de promover a distração e a mudança no foco de atenção da dor nos idosos, sendo um meio eficaz no manejo da dor.

“Porque segundo os terapeutas a dor que eu tenho próxima a nuca na coluna é mais posicional (...) eu faço exercícios para eliminar a dor” (participante 15)

“Ah eu deito (...) fico deitada (...) eu fico mais na cama do que em pé” (participante 1)

“Me da uma coisa pra colocar nas costa, me da minha almofada, meu travesseiro (...)” (participante 14)

“Ah eu andando um pouquinho eu melhora” (participante 33)

“Eu dô uma parada seja onde que eu tiver eu dô uma paradinha e logo some” (participante 46)

Entre outras estratégias de enfrentamento o recurso espiritual foi descrito expressivamente pelos participantes.

“É pedir pra Deus ter dó e não deixar acontecer o que aconteceu com outros aqui (...)” Deus ajudou (participante 4)

“Só Cristo minha filha, mais nada (...)” (participante 13)

“Eu me pego é com Deus pra num avançar, acalmar” (participante 14)

“Eu rezo pra que Deus me ajude” (participante 26)

“Só prece bem que melhora. Só a prece que me ajuda” (participante 40)

Aqui, percebe-se ainda um componente religioso forte, que assume a função de minimizar a dor, comparando a própria dor percebida com a dor de um personagem religioso importante. Casarini (2005) encontrou dados semelhantes em seu estudo realizado com familiares de clientes internados num Centro de Terapia Intensiva. Neste estudo, a espiritualidade surge como algo capaz de facilitar o entendimento do problema, a aceitação e o controle emocional.

4-) Causas relacionadas à dor

Na temática “causas relacionadas à dor”, 18 ocorrências foram atribuídas às condições psicológicas, 16 às doenças, 14 às condições físicas, 10 às condições ambientais, 8 ao envelhecimento e 11 desconheciam as causas relacionadas.

Observa-se que, as condições psicológicas influenciam nas causas relacionadas à dor em conjunto com as doenças crônicas diagnosticadas.

“Ah só pode ser emocional!” (participante 25)

“Emocional (...) Eu fico nervosa, que eu até choro às vezes ... (chorando) ... Não tem jeito de eu ficar boa, não tem jeito de eu ficar boa né tem que fica, agüenta assim memo né, tem que güenta ... (chorando) ... A gente tem que vive assim memo ... (chorando) ... Não tem jeito de a gente sara ... (chorando) ... Tem que morrer assim memo ... (chorando) ... Eu fico pensando tanta coisa. Eu fico pensando na minha irmã que há pouco tempo morreu ... (chorando)...” (participante 3)

“O problema é o seguinte é na cabeça (...) o problema de nervo é no corpo inteiro, então a gente num pode ficar nervoso que é pior. Tem que ta sempre de calma e tomando o remédio a gente se sente bem (...)” (participante 12)

“O problema da minha vida ... é minha infância. Eu me sinto assim triste (...) as vez tem hora que você não agüenta ... eu me sinto triste” (participante 34)

Além das condições psicológicas, os participantes relacionaram a dor as suas condições físicas e de saúde.

“A doença né, a doença é que causa dor, se não fosse a doença num, eu acho que num tinha nada, mas a doença traz uma coisinha aquela puxa outra puxa outra e vai acumulando, vai acumulando né é onde causa a dor, tem que ser isso aí” (participante 9)

“É só eu esforçar, se eu esforçar ela aumenta [...] eu vou andando assim daí ela aperta assim e eu tenho que esquentar ela. Agora se eu for esforçar, trabalhar e tal aí danou tudo” (participante 4)

Observou-se que o envelhecimento também foi descrito pelos participantes como causa da dor.

“A maioria das pessoas idosas tem né, quase todas. A minha família tinha, minhas irmã eu fiquei também” (participante 3)

“A idade (...) coitadinho dos 84 ano faze o que né, mui idade (...) mas igual eu era (...) vê hoje nessa situação a gente não conforma, mais tem que conforma ué porque a idade também não é brinquedo né, pra nós a 84 ano já é muita doença (...) a gente era novo era tão bom as coisa. Hoje nem anda a gente não anda direito” (participante 9)

“É a idade né (...) acredito que é pela idade, quando era mais novo num ligava ... (risada) ... agora de idade que a gente sente mais as dor” (participante 31)

“De um modo geral, apareceu conforme eu fui ficando de idade foi aparecendo uma coisinha daqui e outra aculá a gente não ligava (...)” (participante 46)

5-) Percepção da situação atual

Nesta temática, os participantes descreveram sobre suas percepções frente à situação atual, seja ela de envelhecimento, de institucionalização, da doença e/ou da experiência de dor crônica. Observou-se que 23 dos participantes percebem sua situação atual de forma positiva, 17 de forma negativa, 2 ficaram neutros e 4 não relataram nada sobre o assunto.

“Ah até que eu to me sentindo bem aqui, porque antes em casa eu tinha que cuidar da casa. Aqui eu não tenho que cuida de nada, tenho tudo na mão. Eu to num lugar ... memo pra mim. As vezes eu vou passar na casa dos meus filhos, eles me tratam que nem uma rainha, mais eu fico louquinha para voltar (...) aqui é o meu ambiente, meu chuveiro, minha cama do meu jeito, no banheiro tem a porta ... eu me sinto bem aqui. Tô aqui por escolha, por opção” (participante 8)

“Ah eu me sinto mais melhor né, porque se a gente tivesse na mão lá lem casa, a gente tava lá sozinho, e preciso fazer de tudo, mais difícil pra gente, e aqui a gente não precisava faze nada, ta mais sussegado né, me sinto melhor” (participante 12)

“Pra que que eu vo fica nervosa aqui se to tão bem aqui” / “Hoje me sinto bem, me sinto feliz” (participante 42)

“Eu sinto bem, bem. Eu gosto daqui. Gosto porque meus filho é muito bom a gente ama meus filho demais, mas mora com filho não é bom ... (risada) ... então aqui eu to aqui agora eu to sentada, tanto faz eu fica sentada, como eu fica deitada, eu fica andando ai é a mesma coisa. Eu não faço nada, eu não faço comida, eu num lava roupa, eu num faço nada. Então quer dize não tem ninguém pra imprica, porque se é na casa dos filho os filhos querem passear de noite, querem viaja (...)” (participante 45)

A percepção positiva foi relatada pelos participantes, trazendo conteúdo atrelado a não realização de atividades laborais, enfatizando o lugar da instituição como local onde podem ter bem estar, paz e descanso nessa fase do envelhecimento. Além disso, o ambiente foi destacado como um espaço próprio onde podiam ter privacidade e liberdade.

A situação também foi percebida negativamente pelos idosos, os quais mostraram ociosidade, sentimentos de contrariedade, de raiva, de desamparo, de solidão, dentre outros.

“A gente fica pensando né. Aqui sozinha, não tem mais ninguém” (participante 3)

“Fico aqui sem fazer nada, jogada aqui ... Pra casa eu não posso ir, porque chego lá eu fico mais doente, então eu fico aqui ... Eu sinto porque eu vou fazer o que não tem outro jeito” (participante 6)

“Apavorado porque não tem jeito de... né” (participante 7)

“Eu num me sinto bem” (participante 23)

“Eu me sinto com raiva. Eu me sinto ... (participante 30)

“Sinto bem mal” (participante 34)

“Sinto muito contrariado. Eu não to contente não. Tô muito descontente, eu não sou respeitado” (participante 35)

“Minha situação atual tem horas que eu fico desesperada” (participante 44)

Uma minoria dos participantes ficou neutra quanto a sua situação atual.

“Ah, mais ou menos, não é bem nem mal” (participante 7)

“Mais ou menos ... dá pra gente quebrar um galho, né” (participante 22)

6-) Outras percepções de dor

Quando foi aberta a possibilidade de relatar sobre outras percepções frente à dor, os participantes demonstraram liberdade para relacioná-la com os sentimentos, com as perdas, com a institucionalização e com a equipe, além de descrever mais sobre sua própria dor.

No que tange aos sentimentos, a solidão e o desamparo foram abordados com maior frequência, somando 14 relatos. A partir da análise, percebe-se que a própria institucionalização pode predispor o idoso a tornar-se vulnerável à solidão, pois se encontra longe do seu lar e de seus familiares.

“Eu penso que fiquei sozinha aqui e não tenho mais ninguém, só meu irmão” (participante 3)

“É difícil deles vim aqui me vê (...) meus filho foi crescendo tudo né me abandonaram assim (...) minha causa da dor começa desde a minha infância, eu não sei o que é mãe, pai” (participante 34)

“Minha sobrinha não me quer. Ninguém me quer” (participante 21)

“(...) desde de menina reclamo da solidão que eu sofro mais do que os outros (...) fiquei só outra vez” (participante 23)

O medo foi descrito por 11 participantes. Destes, notou-se que, o medo mais retratado foi o de não poder mais andar. Este fator pode estar relacionado ao medo da perda da capacidade funcional, podendo levar o idoso a depender de ajuda para realização das atividades de vida diária, causando insegurança, constrangimento e dor.

“Com medo de num andar mais” (participante 23)

“(...) ele foi para o hospital com dor e quando voltou, voltou com uma perna só. Esse é um medo que eu tenho (...)” (participante 4)

“Eu acho que vô levanta aí eu morro de medo, eu num posso anda acho que é trauma isso” (participante 25)

“Tenho medo de tomba de novo né” (participante 37)

Os sentimentos de incapacidade e de derrota foram evidenciados em 7 relatos. Percebeu-se que esses sentimentos podem ter sido intensificados devido à predisposição do participante à dor, ao sentimento de incapacidade, de perda da autonomia e de carência de atividades de lazer.

“Me sinto incapaz (...) é uma dor que me sinto inútil. Ela me inutiliza. Nas, nas tarefas mais fácil que tem que fazer eu não consigo por causa da dor” (participante 8)

“Um inútil, não um inútil, mais você é um inutilizado né. Porque eu fui um homem ativo (...) eu ando de cadeira de rodas faz um tempinho” (participante 15)

“Eu tenho sentimento de ficar nessa situação que eu fiquei aqui. Chega nesse ponto de não poder nem andar e nem conversar com os outros” (participante 16)

“Ai eu acho dá pra vive né, num vô trabaia, num vô passeia, num vou fazer nada, então dá pra gente vive né (...) me sinto derrotado em tudo ne” (participante 9)

O sentimento de desesperança foi retratado por 3 participantes. Notou-se nos relatos o predomínio de expressões que relatam conformidade, desilusão e desespero.

“Não tem jeito não” (participante 5)

“Aquele desilusão” (participante 24)

“Minha situação atual tem horas que eu fico desesperada” (participante 44)

A morte foi descrita por 7 participantes. Verifica-se, na maioria dos relatos a ocorrência de discurso que enfatizam “querer morrer”.

“(...) tomei 600 comprimidos de uma vez. Aí me acharam caída ... os médicos fez lavagem, né! E trapaio a morte” (participante 23)

“Agora to só esperando a morte (...) se num sara morre memo (...)” (participante 29)

“Eu vô morre (...) cego de jeito que eu to é melhor morre” (participante 35)

A raiva foi descrita por 5 participantes. Na maioria dos relatos, observou-se descrição de ficar raivosa, irritada, incomodada, intragável e aborrecida.

“Fico com raiva” (participante 30)

“Tem hora que dá raiva” (participante 34)

“Geralmente eu fico intragável, irritadíssima principalmente se me incomodar” (participante 36)

“Às vez, eu sinto aborrecida” (participante 23)

Os dados explicitados acima condizem com os encontrados na literatura que reportam a sentimentos de menos valia, baixa estima e pessimismo (STURG-JACOBS, 2002; BERBER, KUPEK e BERBER, 2005; SALTARELI, 2007).

Sentimentos de tristeza e de depressão apareceram em 8 relatos dos participantes. Observou-se que, em alguns relatos, esses sentimentos foram correlacionados à dor.

“Ah, relação sinto depressão de ficar assim... depressão (...) causa dor a depressão, a tristeza de angústia né” (participante 1)

“A sei lá deprimente (...) me sinto deprimida (...) isso tudo causa dor” (participante 8)

“Eu vou sentindo aquela desilusão, aquela tristeza, né” (participante 24)

“Eu me sinto triste (...) tem dia que tô alegre e tem dia que eu num to” (participante 34)

Os sentimentos de controle e de aceitação foram relatados por 10 participantes. A maioria evidenciou conviver com a dor e utilizar estratégias para enfrentá-la.

“Eu aprendi conviver com ela, porque num tem outro jeito, né (...) a gente tem que aprender a viver com tudo, principalmente com a dor, não é?” (participante 24)

“A dor (...) eu deixo ela acontecer como ela bem entender tudo que eu tenho eu deixo vir” (participante 36)

“Eu tenho muita força de vontade. É isso aí que me levanta, eu gosto de vencer como toda minha vida. Vencer é a coisa mais linda do mundo. É bem” (participante 37)

“A causa emocional é uma coisa, a vida é essa aí que você esta vendo. A vida é vive, querer bem a todos e vive a vida” (participante 43)

“Controla tudo e fica tudo bem. A vida continua” (participante 44)

A violência física foi descrita por 3 participantes, sendo relacionada à dor, visto que em dois relatos os participantes referenciaram sofrer agressões de seus companheiros.

“Ter que suportar o marido embriagado, violento” (participante 24)

“Meu marido quase me matou (...) doente ele bebia muito. Eu apanhava dia e noite, ia trabalha no meu serviço toda machucada” (participante 34)

O sentimento de culpa foi retratado por 2 participantes. O primeiro relata que o irmão morreu e que sente por não poder ir até onde ele morava e o segundo relata que a dor emocional vem decorrente da culpa.

“O que que vô fazer meu irmão morreu em São Paulo, nossa que dureza porque eu não posso ir lá” (participante 25)

“(...) sentimento de culpa ai vem à dor toda emocional (...)” (participante 36)

Os sentimentos de perdas foram relatados da seguinte forma: perda da privacidade, da autonomia, do convívio familiar, da capacidade funcional, do apetite, da memória e do luto.

Com relação à perda da privacidade, 5 relatos foram descritos pelos participantes. As queixas mais significativas foram de ficar constrangido ao tomar banho, pois gostam de tomar banho sozinhos e sentem-se invadidos.

“Ficava sem jeito de toma banho (...)” (participante 23)

“Uma dupla (...) invadiu meu banheiro eu não tenho banheiro eu tenho que ir no banheiro quando não tiver ninguém lá. Se eu vô deita e me da uma dor na barriga eu não posso ir lá no banheiro porque tem gente lá na banheiro e ninguém toma providencia disso (...) quando vi tava arrumando a cama dele no meu quarto lá mais ninguém tinha falado nada pra mim não, pusero a cama e ele fíco lá e depois invadiram o banheiro sabe o que eles fizeram pusero uma cadeira dessa que você esta sentado, uma plástico cheio de furinho coisa assim e põe lá um levanta da cadeira e o outro senta e a água ligado a noite intera e ele faz o coco em cima daquela cadera e com aquela água vai caindo tudo pro chão a água vai embora pro ralo mais sujeira fica lá aquele mal cheiro e vem direto ne mim onde eu to deitado eu soffro muito” (participante 35)

“Eu num gosto que os outros me de banho, eu gosto de eu me deixa tomar” (participante 37)

Situações de desconforto vivenciadas em idosos hospitalizados, como invasão ou perda da privacidade, foram estudadas por Prochet (2008) que focalizou o fato de serem desagradáveis, principalmente, no ambiente pessoal, na exposição de regiões íntimas e nos estímulos prejudiciais ao sono. Esses dados corroboraram o nosso estudo, uma vez que observamos situações de perda de privacidade.

A perda da autonomia foi descrita por 2 participantes.

“Ai eu acho dá pra vive né, num vô trabaia, num vô passeia, num vou fazer nada, então dá pra gente vive né” (participante 9)

“Ah! Agora eu num faço mais nada” (participante 28)

A perda do convívio familiar foi descrita por 10 participantes, os quais a relacionaram à morte, à impossibilidade de morar com familiares e ao desconhecimento de onde estão seus familiares.

“Eu sinto falta da família, da minha minha família muita falta né. Uma família muito unida, os irmãos morreru, morreru, morreru, morreru ficou só eu. Causa dor e depressão, tristeza de angústia né, saudades deles” (participante 1)

“Com meu irmão não teve jeito de morar (...) Fico pensando nele. Gostava que ele viesse pra ficar aqui comigo também. Mas ele não vem ...” (participante 3)

“Muié ... de filho ... que nem sei pra onde tá pra o Mato Grosso” (participante 22)

“Gostaria de estar com minha família (...) Gostaria de estar junto com minha filha ou filho, mas é impossível, porque eles não têm tempo e não tem dinheiro” (participante 44)

“Eu fico pensando da dor não da dor pessoal é da dor em família” (participante 46)

“Eu sonho com pessoas da família (...)” (participante 33)

A perda da capacidade funcional foi descrita por 14 participantes que relataram experienciar incapacidade de locomoção, de higiene pessoal e de controle das funções fisiológicas.

“Eu não posso me locomover, ficar a vontade eu queria ajudar na cozinha e não posso ficar em pé. Gostaria de ser ativa né, andar, participar mais dos movimentos da casa (...)” (participante 8)

“Não tinha braço, não tinha força (...) As perna num funciona, as mãos muito mal tudo. Não pode anda, eu num posso fica em pé pra ir numa privada. Eu não posso fica em pé perto da cama (...) eu num só capaz de ir no banheiro (...) eu uso fralda direto” (participante 9)

“A dor atrapalha o trabalho da gente influenciando muita dor” (participante 11)

“Se me levanto cadê a força (...) A gente tem que pedir pra segurar o andador e caminha comigo pra ver se eu num caio” (participante 14)

“Sem poder movimentar a perna direita” (participante 15)

“Não posso andar” (participante 16)

“Tem mais de 6 meses que eu não ando (...) Num tava dando mais pra toma banho sozinha no banheiro” (participante 23)

“Ando bem devagar, porque parece que eu vou cair (...) você quer andar ... não pode, anda um pouco ... sente falta de ar, sente cansaço” (entrevista N°24)

“Hoje eu não posso andar porque por causa do tombo (...) elas me dão banho, me trocam (...)” (entrevista N°25)

“Eu não posso anda. Se eu anda vou cai ai (...) Eu uso fralda porque eu não tenho como ir no banheiro, toda vez que quero ir fazer xixi, não tem quem me leva, eu tenho que fazer na fralda, ai a pele cuzida de urina xixi cuzi, arde, queima e coça ... como coça quando eu fico deitado com a roupa meio molhada depois me dá uma coceira nas costa (...)” (participante 35)

“Eu vim por causa de eu não poder fazer mais nada” (entrevista N°44)

A perda do apetite foi relatada por 7 participantes. Observou-se que, os participantes não conseguiam alimentar-se e que, em alguns casos, apresentaram perda de peso.

“Pra lá almoçar, vi a comida no prato, se levantava e ia embora, não era fácil” (participante 4)

“Ano passado natal e ano novo nada. Eu pude bebe (...)” (participante 13)

“Ah...primeiro eu... daí não consegui comer quase, né! (...) eu comia poquim, né?... eu... eu comia duas vez... comia duas vez... parava de comer, não comia mais nada” (participante 17)

“Num comia (...) eu pesava uns, uns 85 quilo eu acho que eu pesava, ai eu imagreci de uma vez só” (participante 29)

“Come um pouco e agora eu to comendo até bem, teve uns tempo ai que eu não comia nada antes, o que eu me alimentava era só pão, pão e leite” (participante 35)

“Fiquei mais de ano sem comer, sem dormir, sem beber. Eu tava ruim (...)eu não to com vontade de comer” (participante 33)

A perda da memória foi observada em 2 relatos.

“Tem hora que me esqueço o que falei (...)” (participante 4)

“Desde (...) não lembro mais de nada” (participante 5)

O luto foi relatado por 7 participantes, sendo este devido à perda de familiares ou de entes queridos.

“Morreu duas irmãs minha morreu (...) fiquei sozinha (...)” (participante 3)

“O menino morreu com 2 dias de nascido e foi o começo do meu sofrimento maior, porque eu queria demais um fio home, porque eu já tinha a menina né, a mais veia e eu não fiz mais filho” (participante 23)

“Eu só sinto falta do meu marido faz dois anos que ele faleceu né. Ele era muito bom (...) Quando meu marido morreu eu não chorei, ta tudo guardado eu num sei chora. Num sei se eu devia fala pro médico que eu num choro pra ele me dá alguma coisa pra mim chora” (participante 25)

“Eu fui lá porque minha mãe morreu, meus irmãos morreu tudo né, minha mãe também morreu já faz muito tempo. Morreu jovem né? É né? E num qué né” (participante 21)

A partir dos relatos acima, percebeu-se que, apesar do passar dos anos, os participantes referiram uma presença forte de lembranças e de sentimentos com relação às perdas, referindo saudades, falta da convivência e da influência disso no estado emocional, levando-o a sentir-se sozinho.

A institucionalização foi apontada por 17 participantes. Observou-se que, a maioria destes relatou estar em um lugar bom para viver, sentir-se bem e gostar dos profissionais.

“Aqui é bom viu. É bom viu” (participante 18)

“Aqui é bom, porque cê tem onde dormi, tem onde come, tem como você ver o pessoal. Essa vidinha até chegar o dia... mas num tá ruim não (...) fala que é de graça mais num é não. Se fosse acho que eles num pudia dá a assistência que dá né” (participante 23)

“Estou feliz aqui graças a Deus. Eu sou bem cuidada, todo mundo me trata bem eu procuro tratar bem as pessoas, mais me sinto em paz” (participante 24)

“Sinto bem porque aqui é bom, tem tudo” (participante 27)

“Aqui o lugar onde é que eu estou é um lugar bom um povo atencioso é muito bom aqui, gosto daqui” (participante 31)

“Tem muita gente legal aqui” (participante 38)

“Pra que que eu vo fica nervosa aqui se to tão bem aqui” (participante 42)

“Aqui eu estou bem. Estou bem, mas não é o que eu queria ... Morar aqui não é o que eu queria” (participante 44)

Porém, observam-se alguns relatos contraditórios referentes à instituição, nos quais foram enfatizados a presença de poucos profissionais para ministrar cuidados, a falta de atividades de lazer e como não se sentem bem estando institucionalizados.

“Não aqui eu me sinto bem, não adianta falar nada. Se fala bem tem que fica aqui, se fala mal tem que fica aqui memo, então pra mim ta tudo bem” (participante 6)

“Tem tudo, tem comida, tem roupa lavada, tem tudo mas eu num gosto. Num me adotei ainda, vou esperar uma pessoa pra me adotar, aqui é duro (...) Todo mundo, quando me ver, diz que eu num era pra ta aqui” (participante 14)

“Aqui agente num pode nem sair e quando sai é só pra hospital (...) Fica aqui dentro, daqui no meu quarto, daqui na cozinha. É onde agente fica. Mei presidúo, né? Se você sente ali fora no abacatero num pode porque é das muié. Quem é que sentar lá as cuzinha, as enfermera pra bate papo conta mentira é onde que a gente não pode ir né então ou mais aqui nessa parte do salão aqui dentro, do salão lá pro meu quarto. Às vez pro lá debaixo onde estende as pirua. Às vez agente ta sentado lá e diz: ‘mas o Senhor Não vai sair, né?’ Eu vou sair pra onde? Eu vou sair pra rua sem dinheiro? Fazer o que? Se eu tivesse dinheiro saia memo!” (participante 22)

“O negócio é que é pouco aqui, que tem pouca gente pro trabalho. Então a gente fica mais pra traz, eu num fico quieta (...)” (participante 37)

No que diz respeito à equipe da instituição, somaram-se 11 relatos entre os participantes. Na maioria dos relatos, os participantes referiram sobre os cuidados prestados pela equipe de saúde.

“As vez a enfermeira vai me dá banho cedo, põe a cadera, vai enxuga, vai pô a roupa em mim” (participante 9)

“Eles me dá remédio” (participante 10)

“Eles traz comida aqui” (participante 13)

“Faço xixi eles vem e limpa, molho lá eles ajuda tão aqui pra isso né” (participante 14)

“Fisioterapeuta (...) as enfermeira, porque elas me dão banho, elas me trocam” (participante 25)

“Eu vim pra cá tem um médico muito bom, atende agente muito bem. Eles tem cuidado de mim” (participante 28)

“Se bem que tenho que vem aqui 3 vezes por semana o fisioterapeuta, faço, melhora ele é muito atencioso ... isso ajuda melhorar” (participante 32)

“É aqui quando eles lida comigo vai me deitar, vai me levantar, vai me da banho eu sinto dor, eu grito né, não é que eles estão me machucando por querer não é que me dói mesmo” (participante 35)

Os relatos acima trazem a visão positiva da equipe, tanto com relação à cordialidade no atendimento, como à confiança depositada na equipe. Esse é um aspecto importante devido à forma como os profissionais podem influenciar a resposta dos idosos na adesão ao tratamento e na crença da melhora, levando sempre em conta as prioridades do idoso na busca do alívio de sua dor.

Foi possível averiguar que 2 participantes estavam insatisfeitos com os cuidados, visto que um participante relatou que a equipe esqueceu-se dele e o outro relatou que, sempre o deixam por último, no que se refere aos cuidados.

“Pedi um travesseiro, mas era um movimento muito grande, esqueceram, não sei!” (participante 14)

“Eles não gosta di mim não, eu sou a carta marcada, eu fico sempre pra trás dos outros sempre por último pra deita, pra servi a minha mesa” (participante 35)

Observou-se que 22 participantes descreveram livremente a dor com grande expressão. Nessas descrições, ela foi percebida como horrível, insuportável, perturbadora, desatinada, terrível, doida, fria, penosa, esquisita, queima, forte, enjoativa, entre outras.

“Coisa horrível (...) Horrível dor. Horrível” (participante 1)

“Ah, a dor é insuportável” (participante 7)

“Dor perturba” (participante 10)

“Agora memo tá duído (...) é uma dor fria, né! uma dor fria (...) Esse negócio com essa dormência” (participante 14)

“Dor terrível” (participante 15)

“A dor é penoso (...) dor é isquisita memo” (participante 22)

“Dorzinha cansada” (participante 23)

“Queima (...) queima as perna” (participante 27)

“Terrível” (participante 31)

“Ela é o maior termômetro eu acho” (participante 36)

“Dor é horrível né” (participante 39)

“Ah essa dor ela é enjoativa” (participante 42)

“É uma dor que é desesperadora” (participante 45)

De forma geral, a dimensão psicológica da dor foi descrita e percebida pela maioria dos idosos residentes em instituições de longa permanência. Esta percepção também indicou pelas falas dos participantes que no processo de envelhecimento, a dor precisa ser considerada e bem manejada.

Evidências apontam que fatores psicológicos interferem mais do que os fatores sociais, os demográficos e os físicos nas experiências dolorosas e mostram serem mediadores importantes no tratamento da dor crônica. Estudos prévios, com análises estatísticas multivariadas em adultos e idosos com dor crônica, concluíram que fatores psicológicos (percepção de controle da dor, sentimento de incapacidade em lidar com a dor e estratégias de enfrentamento) estão associados à depressão, à piora da qualidade de vida, à incapacidade funcional e à intensidade da dor (TSAI, 2007; MONSIVAIS e MCNEILL, 2007; SAMWEL et al., 2006).

Estudo realizado em Minas Gerais, com objetivo de analisar a percepção que os idosos institucionalizados têm de sua saúde nessa fase da vida. Participaram 10 idosos, os quais responderam a uma entrevista semiestruturada. A análise das entrevistas revelou relação importante entre o trabalho, a rede social, a espiritualidade, o estado de saúde e a felicidade. Os resultados apontaram que, a transferência do próprio lar para uma ILPI foi um grande desafio para os idosos, pois se depararam com uma transformação radical do seu estilo de vida, sendo desviado de todo seu projeto existencial (FREIRE JUNIOR e TAVARES, 2005). Tais resultados contribuem com o nosso estudo, na medida que, observamos as queixas de alguns idosos referentes a importância da rede social por estar longe do lar, do convívio

familiar e dos seus pertences, bem como, do recurso da espiritualidade como forma de melhorar a sensação subjetiva de desamparo.

Silva (1997) relata que, muitos idosos institucionalizados vivem como se estivessem internados, obedecendo às regras de horários e aos limites de entrada e de saída e usufruem de pouca vida social, afetiva e sexual. Esses dados foram similares neste estudo, visto que as instituições pesquisadas também obedecem às regras de funcionamento estabelecendo rotinas como horários de visitas, de refeições, de atividades de lazer e de atendimento de saúde.

Em estudo realizado com entrevistas de 80 idosos durante o período de cinco anos, investigou-se o impacto de perder um ente querido. Os resultados mostram que, a morte de alguém desconhecido foi significativa, porém não teve impacto sobre a saúde física e funcional, nem foi um fator de isolamento. No entanto, a perda de um parente próximo ou de um amigo esteve associada aos sintomas depressivos e de solidão (LALIVE D'EPINAY, CAVALLI e SPINI, 2003).

Outro estudo, que investigou o luto e o envelhecimento por meio de entrevista semiestruturada em 47 idosos, demonstrou que a perda de um ente querido afetou a vida dos idosos nas relações interpessoais com filhos, com amigos e no trabalho (MALKINSON e BAR-TUR, 2004-2005).

Os dados descritos acima se assemelham ao o nosso estudo devido às perdas serem representadas por diversas situações, como luto pela perda de um ente querido, da privacidade, da autonomia, do convívio familiar, da capacidade funcional, do apetite e/ou da memória. Perdas essas que muitas vezes não são representadas somente pela morte em si, mas por diversas “pequenas mortes” ao longo de toda a vida. Na institucionalização, o idoso passa por todo esse processo de distanciamento de seus familiares, podendo até chegar ao abandono, perdas que segundo Silva (1997) são simbólicas, ponte de ligação entre seus sentimentos e seu “eu” e que podem, desencadear um desligamento do mundo em que vivia e de sua história.

A forma como os idosos percebem a instituição é relevante e merece ser discutida no nosso estudo uma vez que observamos os participantes relatando a instituição de forma negativa associada ao “estar sozinho” e “jogado”, o que remete a presença do sentimento de exclusão e de abandono nesse processo de envelhecimento. Tal realidade pode ser comparada ao estudo cujo objetivo foi identificar os acoplamentos estruturais de uma Instituição de Longa Permanência em Idosos, os quais também mostraram uma imagem negativa sobre as instituições, relacionada à exclusão e ao abandono (CREUTZBERG, GONÇALVES E SOBOTTKA, 2008).

Contudo, essas ILPI servem como abrigo para os idosos excluídos da sociedade e da família, abandonados e sem um lar fixo, podendo tornar-se o único ponto de referência para uma vida e para um processo de envelhecimento (FREIRE JUNIOR e TAVARES, 2005).

4.6 Experimento 4 - Avaliar sinais e sintomas de depressão

Neste experimento, utilizamos a Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos que avalia sintomas depressivos em idosos.

O objetivo foi avaliar sinais e sintomas de depressão.

4.6.1 Método

4.6.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 46 participantes residentes de duas instituições de longa permanência no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

4.6.1.2 Material: um bloco de papel contendo, na primeira página, instruções específicas de como será realizado este experimento, a seguir a Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos (EDG-15) e caneta.

4.6.1.3 Procedimento: O método utilizado foi aplicar a EDG-15, versão brasileira traduzida para língua portuguesa (Almeida e Almeida, 1999). Esta escala é composta por 15 questões de fácil resposta (sim/não), apresenta escores variando de 0 a 15 pontos e oferece a medida válida para avaliar episódio de depressão, sendo considerado episódio sugestivo de depressão o escore de 5 ou mais pontos (ANEXO E).

4.6.1.4 Análise dos dados:

Na análise dos resultados da EDG foram calculados a soma dos escores atribuídos por cada participante, a média aritmética e os respectivos desvios padrão.

4.6.2 Resultados e Discussão:

Os resultados apresentados na Tabela 6 mostram os escores obtidos da EDG-15 pontos.

Tabela 6 – Escores da Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos em residentes de instituições de longa permanência em Ribeirão Preto, 2009

Participantes	Escores de EDG – 15
1	10
2	2
3	7
4	3
5	5
6	5
7	7
8	3
9	6
10	8
11	11
12	4
13	6
14	11
15	6
16	12
17	5
18	6
19	7
20	0
21	13
22	7
23	14
24	10
25	7
26	6
27	4
28	5
29	7
30	13
31	1
32	5
33	2
34	9
35	12
36	5
37	6
38	6
39	10
40	3
41	6
42	1

Continuação Tabela 6.

Participantes	Escore de EDG – 15
43	6
44	7
45	0
46	1
Média Aritmética (MA)	6,30
Desvio Padrão (DP)	3,55

No nosso estudo utilizamos o ponto de corte maior ou igual a 5 como indicativo dos casos sugestivo de depressão que, segundo Almeida e Almeida (1999) verificaram, para esse ponto de corte, uma sensibilidade de 92,7% e uma especificidade de 65,2% com valores preditivos positivos de 82,6% e negativos de 83,3%, quanto aos critérios do CID-10 (Composite International Diagnostic-10). Entretanto, cabe mencionar que, dada a subjetividade desses escalonamentos, cujo ponto zero é arbitrário, entendemos a não adequação do conceito de ponto de corte.

No grupo de idosos pesquisados foi possível observar que 33 destes responderam a EDG-15 e obtiveram um escore de 5 ou mais pontos, evidenciando episódio sugestivo de depressão, e 13 obtiveram um escore abaixo de 5 pontos, o que não sugere episódio de depressão. Na Figura 1 pode-se observar a porcentagem descrita desses resultados.

Figura 1 - Porcentagem dos Escores da Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos

O processo de envelhecimento pode exercer influência no aparecimento de depressão. Ao residir em uma ILPI, na presença de pessoas estranhas, geralmente, isolado, abandonado e dependente, o idoso acaba por apresentar insegurança, descontentamento e falta de intimidade. Todo este processo pode levar a um estado subjetivo de depressão.

Um estudo realizado em Belo Horizonte investigou a frequência de depressão com uso da EDG-15 e da EDG-30 em 22 idosos. Os resultados demonstraram que, 27,27% tinham sintomas de depressão, destes, 66,66% com idade de 60 a 70 anos, 83,33% mulheres e 60% viúvas (SOUZA et al., 2009). Percebemos que houve divergência com o nosso estudo, uma vez que a maioria (72,73%) apresentou episódio sugestivo de depressão.

Estudo realizado em Santa Catarina verificou a tendência de estados depressivos em 122 idosos praticantes de atividade físicas por meio da Escala de Depressão adaptada de Stoppe e Louzã. Os resultados apontaram que, a média de idade foi de 68,8 anos e 9% apresentou tendência a estado depressivo. Afirmaram que a atividade física proporcionou benefícios físicos, sociais e mentais, podendo reduzir a depressão no idoso (MAZO et al., 2005). Ao comparar com nosso estudo, em relação aos índices de depressão, verificou-se que foram divergentes, sendo bem menor do que o nosso. Tal dado pode ser justificado pelo fato dos idosos praticarem atividades físicas que podem levar a um bem estar e melhor qualidade de vida.

Estudos têm demonstrado uma correlação positiva entre a intensidade da dor e os sintomas de depressão (BRASIL e PONDÉ, 2009; PIMENTA, KOIZUMI e TEIXEIRA, 2000), os quais, frequentemente, acompanham os quadros de dores crônicas, quando os pacientes não têm informações sobre seu estado atual e prognóstico da doença (BAPTISTA, EBEL e FORTES, 2005). A dor e a depressão percebida pelos idosos em nosso estudo demonstram a mesma correlação existente na literatura quando se refere à alta prevalência na experiência de dor crônica. Ainda podemos ressaltar que a depressão pode ser considerada como um tipo de dor que permeia o existir.

Os sentimentos de frustração marcados por perdas progressivas como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar e a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, além da dificuldade em avaliar a dor crônica são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2002).

Diante dessa falta de realização pessoal e da própria história do sujeito, se a dor não for manejada adequadamente poderá cronificar-se, principalmente, na fase do

envelhecimento, em que as esferas física, cognitiva, emocional e social são significativamente afetadas e o fenômeno da morte torna-se mais próximo.

5. Considerações Finais

Ao tecer considerações sobre a dor no envelhecimento, nota-se que este fenômeno é percebido extrapolando a dor física.

Quando, nesse momento da vida, o idoso é inserido no contexto de uma instituição de longa permanência, um impacto significativo pode ocorrer nas mudanças fisiológicas, no papel social, nas perdas (luto, privacidade, autonomia, convívio familiar, capacidade funcional, apetite, memória) e nas novas adaptações que alteram a dinâmica diária, modulando a experiência dolorosa.

Os descritores de dor crônica da EMADOR foram percebidos como um instrumento de avaliação significativo no processo de envelhecimento, pois possibilitou conhecer a expressão do fenômeno multidimensional. Referir-se à dor como desconfortável, cruel, angustiante e dolorosa pode reforçar a ideia de que os aspectos subjetivos estejam associados à experiência de doenças, de ausência de afeto dos familiares, de inatividades sociais, bem como de falta de realização pessoal mencionada por cada participante.

Foi constatado no estudo que a dor percebida no processo de envelhecimento não se remete apenas a um sinal, um sintoma ou a uma lesão tecidual, mas sobrepuja o aspecto puramente físico. Nessa ótica, a dor descrita por “dolorosa” é, também, percebida em sua forma multidimensional, sinalizando outros atributos relacionados às causas emocionais, sociais, espirituais, ambientais, dentre outras.

Notou-se que a dor no idoso, além de contemplar as dimensões referidas, foi amplificada devido às doenças, à ausência do convívio familiar e à falta de atividades sociais e de realização pessoal.

A depressão foi associada ao aumento da intensidade das queixas de dor. Considerando-se a significativa associação entre uma avaliação e o impacto da experiência de dor, o que cumpre destacar que esta avaliação é imprescindível nessas ILPI.

Em suma, este estudo é relevante em diversas áreas do conhecimento científico (enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, sociologia, entre outras) que permitem ampliar o conhecimento acerca dos fenômenos da dor e do envelhecimento, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade no manejo algico em ILPI.

Referências

ACHTERBERG, W.P.; GAMBASSI, G.; FINNE-SOVERI, H.; LIPEROTI, R.; NORO, A.; FRIJTERS, D.H.M. et al. Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. **Pain**, Amsterdam, v.148, p.70-74, 2010.

ÁLABA, J.; ARRIOLA, E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, Madrid, v.16, n.6, p.344-351, 2009.

ALEXANDRE, G.C.; NADANOVSKY, P.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1073-1078, 2006.

ALMEIDA, O.A.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.7, n.28, p.421-426, 1999.

ANDRADE, D.C.; FARIA, J.W.V.; CARAMELLI, P.; ALVARENGA, L.; GALHARDONI, R.; SIQUEIRA, S.R.D. et al. Avaliação e manejo da dor em pacientes idosos com e sem demência. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.69, n.2, p.387-394, 2011.

ARAÚJO, M.T.; CALDAS, R.N. Exercício Físico na melhor idade: uma prescrição com “novos olhares” sobre “velhos conceitos”. **Revista Baiana de Educação Física**, Salvador, v.3, n.3, p.47-57, 2002.

BAPTISTA, C.M.A.; EBEL, R.; FORTES, S. Grupoterapia e dor crônica. In: FIGUEIRO, J.A.B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C.A.M. (Org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.167-179.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.45, p.47-54, 2005.

BONICA, J.J. **The management of pain**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.

BONNEWYN, A.; KATONA, C.; BRUFFAERTS, R.; HARO, J.M.; GRAAF, R.; ALONSO, J. et al. Pain and depression in older people: comorbidity and patterns of help seeking. **Journal of Affective Disorders**, Gasthuisberg, v.117, n.3, p.193-196, 2009.

BOUREAU, F.; MARSIGLIA, X.; DEMUYNCK, B.; KRULIK, M. Elementos para la evaluación del dolor en el paciente com cáncer. **MedUnab**, Paris, v.4, n.10, p.1-9, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre: Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa Brasil**, 5 jan. 1996. Seção 1, p. 77-79. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

BRASIL. Decreto nº 1.948/96, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D1948.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa Brasil**, Brasília, 10 dez. 1999. Seção 1. Disponível em: <http://www.sjcdh.ba.gov.br/conselho_def_idoso/pdf/federal/Portaria%201395.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2010.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa Brasil**, Brasília, out. 2003, n.192. Seção 1. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso: 01 ago. 2010.

BRASIL, I.S.P.S.; PONDÉ, M.P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.24-31, 2009.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In : PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.394-402.

CARDOSO, R. P. S.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. The identification and validation of the Brazilian chronic pain descriptors. **Pain Management Nursing**, Toronto, v.10, n.2, p.85-93, 2009.

CAMERON, M.H. **Physical agents in rehabilitation from research to practice**. Phyladelphia: Saunders Company, 1999.

CARMACIU, C.; LLIFFE, S.; KHARICHA, K.; HARARI, D.; SWIFT, C.; GILLMANN, G. et al. Health risk appraisal in older people 3: prevalence, impact, and context of pain and their implications for GPs. **The British Journal of General Practice**, Londres, v.57, n.541, p.630-635, 2007.

CAPONERO, R. O controle da dor associada às neoplasias ainda é insuficiente. **Revista Dor e Analgesia**, v.1, n.3, p.4-11, 2008.

CASARINI, K.A. **Análise dos aspectos emocionais de familiares de pacientes internados em um centro de terapia intensiva**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CELICH, K.L.S.; GALON, C. Dor crônica e sua influência nas atividades de vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.345-359, 2009.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros do século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Potgraduate, 1998.

CHAPMAN, C.R.; CASEY, K.L.; DUBNER, R.; FOLEY, K.M.; GRACELY, R.H.; READING, A.E. Pain measurement: an overview. **Pain**, Amsterdam, v.22, n.1, p.1-31, 1985.

CHUNG, J.W.Y.; WONG, T.K.S. Prevalence of pain in a community population. **Pain Medicine**, Malden, v.8, n.3, p.162-178, 2007.

CUNHA, L.L. MAYRINK, W.C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, São Paulo, v.12, n.2, p.102-104, 2011.

CREUTZBERG, M; GONÇALVES, L.H.T.; SOBOTTKA, E.A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.2, p.273-279, 2008.

DA SILVA, J. A; RIBEIRO-FILHO. **Avaliação e mensuração de dor**. Pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC, 1. ed. 2006.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1151-1160, 2007.

DELLAROZA, M.S.G.; FURUYA, R.K.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K.N. et al. Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.54, n.1, p.36-41, 2008.

DUARTE, Y.A.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

EPPS, C.D. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. **Geriatric Nursing**, New York, v.22, n.2, p.71-79, 2001.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. **Mensuração de atributos clínicos e sociais**: um enfoque experimental. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2000.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.446-447, 2002.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. Dor: O QUINTO SINAL VITAL. **Âmbito Hospitalar - Revista científica para profissionais de saúde**, v.16, n.168, p.21-22, 2004.

FALEIROS SOUSA, F.A.E; DA SILVA, J.A. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, p.147-178, 1996.

FALEIROS SOUSA, F.A.E; DA SILVA, J.A. Por que medir a dor? **Psiquiatria clínica**, São Paulo, v.23, n.1, p.79-85, 2002.

FALEIROS SOUSA, F.A.E; DA SILVA, J.A. Mensurando dor. **Revista Dor**: pesquisa, clínica e terapêutica, São Paulo, v.6, n.4, p.680-687, 2005.

FALEIROS SOUSA, F.A.E.; PEREIRA, L.V.; CARDOSO, R.; HORTENSE, P. Multidimensional pain evaluation scale. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, p.3-10, 2010.

FARIA, J.C.; MACHALA, C.C.; DIAS, R.C.; DIAS, J.M.D.D. Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade do idoso. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.10, n.3, p.133-137, 2003.

FELDT, K.S.; RYDEN, M.B.; MILES, S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.46, n.9, p. 1079-1085, 1998.

FERRELL, B.A. Pain management. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.16, n.4, p.853-874, 2000.

FERREL, B.A.; FERREL B.R.; OSTERWEIL, D. Pain in the nursing home. **Journal of the American Geriatrics Society**, Los Angeles, v.38, n.4, p.409-414, 1990.

FERRELL, B.A.; STEIN, W.M.; BECK, J.C. The geriatric pain measure: validity, reliability and factor analysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, Los Angeles, v.48, n.12, p.1666-1673, 2000.

FIGUEIRÓ, J.A.B.; COSENTINO, R.C.M. Dor crônica e envelhecimento. In: CARVALHO FILHO; E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.677-684.

FREIRE JUNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.147-158, 2005.

GIBSON, S.J. **Older people's pain**. Pain: Clinical Updates, 2006.

GOLD, D. T.; ROBERTO, K. A. Correlates and consequences of chronic pain older adults. **Geriatric Nursing**, New York, v.21, n.5, p.270-273, 2000.

GLOTH, F.M. Geriatric pain: factors that limit pain relief and increase complications. **Geriatrics**, Baltimore, v.55, n.10, p.46-48, 51-54, 2000.

GRACELY, R.H. Pain measurement. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v.43, n.9, p.879-908, 1999.

GREGORIO, P.G.; MORENO, A.; RODRÍGUEZ, M.J.; ZARCO, J. Manejo del dolor del anciano em atención primaria. **Revista Clínica Española**, v.207, n.4, p.166-171, 2007.

HERR, K.A.; MOBILY, T.; KOHOUT, F.J.; WAGENAAR, D. Evaluation of the faces pain scale for use with elderly. **The Clinical Journal of Pain**, v.14, n.1, p.29-38, 1998.

HORTENSE, P.; EVANGELISTA, R. A.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Descritores de dor pós-hemorroidectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 203-207, 2005.

HORTENSE, P.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, p.207-214, 2009.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Pain Terminology**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

JAKOBSSON, U.; HORSTMANN, V. Psychometric evaluation of multidimensional pain inventory (Swedish version) in a sample of elderly people. **European Journal of Pain**, Londres, v.10, n.7, p.645-651, 2006.

JONES, K.R.; VOJIR, C.P.; HUTT, E.; FINK, R. Determining Mild, Moderate, and Severe Pain Equivalency Across Pain-Intensity Tolls in Nursing Home Residents. **Journal of Rehabilitation Research & Development**, Colorado, v.44, n.2, p.305-314, 2007.

KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.1, p.200-210, 1987.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.35, n.3, p.257-264, 2001.

LACERDA, P.F.; GODOY, L.F.; COBIANCHI, M.G.; BACHION, M.M. Estudo da ocorrência de dor crônica em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.7, n.1, p.29-40, 2005.

LALIVE D'EPINAY, C.J.; CAVALLI, S.; SPINI, D. The death of a loved one: impacto on health and relationships in very old age. **OMEGA**, Genebra, v.47, n.3, p.265-284, 2003.

LEITE, V.M.M.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; FALCAO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade aberta a terceira idade. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v.6, n.1, p.31-38, 2006.

LEONE, F.A.; STANDOLI, F.; HIRTH, V. Implementing a pain management program in a long-term care facility using a quality improvement approach. **Journal American Medical Directors Association**, Columbia, v.10, n.1, p.67-73, 2009.

MALKINSON, R.; BAR-TUR, L. Long term bereavement processes of other parents: the three phases of grief. **OMEGA**, Tel Aviv, v.50, n.2, p.103-129, 2004-2005.

MATYSELKA, P.T.; TURUNEN, J.H.O.; AHONEN, R.; KUMPUSALO, E.A. Chronic pain and poor self-rated health. **JAMA**, Chicago, v.290, n.18, p.2435-2442, 2003.

MAZO, G.Z.; GIODA, F.R.; SCHWERTNER, D.S.; GALLI, V.L.B.; GUIMARÃES, A.C.A.; SIMAS, J.P.N. Tendência a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v.7, n.1, p.45-49, 2005.

MELZACK, R. Neuropsychological basis of pain measurement. **Ad Pain Res Ther**, New York, v.6, p.971-979, 1984.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIRÓ, J.; HUGUET, A.; NIETO, R.; PAREDES, S.; BAOS, J. Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. **The Journal of Pain**, Catalonia, v.6, n.11, p.727-735, 2005.

MONSIVAIS, D.; MCNEILL, J. Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes. **Pain Management Nursing**, Houston, v.8, n.3, p.64-71, 2007.

MORAES, T.M. **Dor: o quinto sinal vital**. Reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio, 2004.

MURTA, S. G. Avaliação e manejo da dor crônica. In: CARVALHO, J.M.M.M. **Dor – um estudo multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

NOBLE, B.; CLARK, D.; MELDRUM, M.; HAVE, H.; SEYMOUR, J.; WINSLOW, M. et al. The measurement of pain, 1945-2000. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.29, n.1, p.14-21, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Informe de um Comité de Expertos. Ginebra, 1974. (Série de informes técnicos, 548).

PACHECO, J.L. **Educação, trabalho e envelhecimento: estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas**

depressivos, após a aposentadoria. 2002. 152f. Tese (Doutorado em Educação / Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

PAPALEO NETTO, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaleo Netto, M. **Tratado de Gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p.3-14.

PARADELA E.M.P, LOURENÇO RA, VERAS RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p.918-923, 2005.

PASCHOAL, S. M. P; SALLES, R. F. N; FRANCO, R.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005, cap. 2, p. 19-35.

PEDROSA, D.A.F. **Avaliação e mensuração de dor crônica isquêmica e da qualidade de vida**. 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PEREIRA, L. V; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 41-8, out. 1998.

PEREIRA, L.V.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Categorization of postoperative pain descriptors in the sensitive, affective and evaluative dimensions of painful experiences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, p.563-7, 2007.

PEREIRA, L.V.; GIUNTINI, P.B.; SANT'ANA, R.P.M.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Magnitudes estimates of pain descriptors. **Psychology**, Coimbra, v.28, p.269-276, 2001.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor, depressão e conceitos culturais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.55, n.3, p. 370-380, 1997.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.34, n.1, p.76-83, 2000.

PORTENOY, R. Pain. In: ABRAMS, W.; BEERS, M.; BERKOW, R. **The Merck manual of geriatrics**. Withehouse Station (NJ): Merck & Co, 1995. p.125-152.

PROCHET, T.C. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p.310-315, 2008.

REIS, L.A.; TORRES, G.V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.2, p.274-280, 2011.

REIS, L.A.; TORRES, G.V.; REIS, L.A. Pain Characterization in Institutionalized Elderly Patients. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.66, n.2-B, p.331-335, 2008.

SALTARELI, S. **Avaliação de Aspectos Quantitativos e Qualitativos da Dor na Fibromialgia**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007. 116 p.

SAMWEL, H.J.; EVERS, A.W.; CRUL, B.J.; KRAAIMAAT, F.W. The role of helplessness, fear, of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. **Clinical Journal Pain**, v.22, n.3, p.245-251, 2006.

SANTOS, C.C.; PEREIRA, L.S.M.; RESENDE, M.A.; MAGNO, F.; AGUIAR, V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.13, n.2, p.75-82, 2006.

SENNOTT-MILLER, L.; MURDAUGH, C.; HINSHAW, A. Magnitude estimation: issues and practical application. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v.10, p.414-424, 1998.

SILVA, Y.A. A enfermagem nos serviços e os programas públicos de atenção ao idoso. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p.127-136, 1997.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol**, v.5, n.1-2, p.165-173, 1986.

SOUSA, R.L.; MEDEIROS, J.G.M.; MOURA, A.C.L.; SOUZA, C.L.M.; MOREIRA, I.F. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.102-107, 2007.

SOUSA-MUÑOZ, R.L.; NOGUEIRA, G.F. FERNANDES FILHO, E.N. Percepção de dor em idosos e adultos jovens: diversidade semiológica em avaliação multidimensional da experiência dolorosa. **Dor é coisa séria**, v.7, n.4, 2011.

SOUZA, A.L.F.; FONSECA, D.M.C.; ALMEIDA, G.S.C.; GOMES, O.E.; POLESE, J.C.; DA SILVA, S.L.; TREDE FILHO, R.G. Frequência de suspeita de depressão em idosos atendidos em um ambulatório de de gerontologia de Belo Horizonte. **Revista Conscientiae Saúde**, Belo Horizonte, v.8, n.4, p.627-633, 2009.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p.263-267, 2007.

SORIANO, R.R. **Manual de Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004. 343p.

STERNBACH, R.A. Chronic pain as disease entity. **Triangle**, Basle, v.20, n.1-2, p.27-32, 1981.

STEVENS, S.S. **Psychophysics**: introduction to its perceptual, neural and social prospects. New York: Wiley, 1975.

STURGE-JACOBS, M. The experience of living with fibromyalgia: confronting an invisible disability. **Research Theory for Nursing Practice**, v.16, p.19-31, 2002.

THOMAS, E.; PEAT, G.; HARRIS, L.; WILKIE, R.; CROFT, P.R. The Prevalence of Pain and Pain Interference in a General Population of Older Adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project. **Pain**, Amsterdam, v.110, n.1-2, p.361-368, 2004.

TRELHA, C.S.; REVALDAVES, E.J.; YUSSEF, S.M.; DELLAROZA, M.S.G.; CABRERA, M.A.S.; YAMADA, K.N.; DOMICILIANO, S.C.P. Caracterização de Idosos Restritos ao Domicílio e Seus Cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p.20-7, dez. 2006.

TSAI, Y.F. Gender differences in pain and depressive tendency among Chinese elders with knee osteoarthritis. **Pain**, v.130, n.1-2, p.188-94, 2007.

UNSAR, S.; SUT, N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.50, p.6-10, 2010.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V.O. Development and validation of a geriatric depressing screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Reserch**, v.17, n.1, p.37-49, 1982.

WEINER, D.; PETERSON, B.; LADD, K.; MCCONNELL, E.; KEEFFE, F. Pain in nursing home residents: an exploration of prevalence, staff perspectives, and practical aspects of measurement. **The Clinical Journal of Pain**, v.15, n.2, p.92-101, 1999.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa de mestrado “Avaliação e Mensuração da Dor no Envelhecimento: instituições de longa permanência”, sendo o nosso objetivo verificar os tipos de dor mais comum, verificar os descritores de maior atribuição. Sua participação é muito importante para a condução da pesquisa, para isso você deverá responder alguns questionários sobre a intensidade da dor crônica, descritores de dor crônica (palavras que descrevem a dor), entrevista semiestruturada (perguntando sobre a experiência da dor, pensamentos, sentimentos e opiniões) e escala de depressão. Você deverá assinalar a resposta que julga correta. Esse procedimento mostrará as palavras de maior e menor atribuição na caracterização dessa dor e o quanto cada descritor é mais ou menos adequado para descrevê-la. Gostaríamos de esclarecer que não há desconforto ou riscos na realização desses procedimentos, e o benefício será uma maior compreensão do processo doloroso para que possamos atuar adequadamente no alívio da dor humana. Não haverá gastos por parte do participante da pesquisa, assim como qualquer forma de indenização por parte dos pesquisadores, e você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo ao seu atendimento. Garantimos que será mantido o respeito e o sigilo, ou seja, o seu nome, ou qualquer dado que possa identificá-lo, não aparecerá no trabalho escrito ou publicado em revistas da área.

CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, residente em _____, por livre e espontânea vontade, aceito participar desta pesquisa e permito que as informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro que estou ciente dos objetivos e de ter compreendido as informações dadas pelo pesquisador.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Fátima Ap. Emm Faleiros Sousa (Pesquisador responsável)

Andressa Karina Amaral Plá Pelegrin

Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Contato – (16) 36024761

APÊNDICE B**ROTEIRO PARA ENTREVISTA*****a- Primeira parte***

1- Identificação do cliente:

Iniciais do nome: _____

Idade: _____

DN: ____/____/____

Sexo: () masculino () feminino

Religião: _____

Situação conjugal: () solteiro () casado () união estável

() viúvo () Divorciado

Nível de escolaridade:

() nenhum

() ensino médio completo

() alfabetizado

() ensino médio incompleto

() ensino fundamental incompleto

() ensino superior completo

() ensino fundamental completo

() ensino superior incompleto

Atividade desenvolvida na instituição: _____

Renda (em salários mínimos): _____

Doenças diagnosticadas: _____

Quanto tempo está institucionalizado: _____

Recebe Visitas (familiares, amigos, conhecidos, vizinhos): _____

Tipo de dor (especificidades da dor): _____

b- Segunda Parte

1- Você está com dor nesse momento? ☐ Sim ☐ Não

2- Identifique o local onde você sente a dor

(Da Silva e Ribeiro-Filho, 2006)

3- Há quantos meses você sente essa dor?

- ☐ há três a seis meses
- ☐ há seis meses a um ano
- ☐ há mais de um ano

4- Qual é o horário que você mais sente dor?

- ☐ manhã
- ☐ tarde
- ☐ noite
- ☐ madrugada
- ☐ não há horário definido

APÊNDICE C

Nome: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Tipo de experimento: Roteiro de entrevista semiestruturada.

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento você gastará 10 minutos ou menos de seu tempo. A tarefa a ser realizada é fácil e não há certo ou errado nas perguntas que você irá responder, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos sobre a avaliação da experiência dolorosa. Todavia, se em algum momento você desejar interromper o experimento, avise-nos e ele será interrompido e encerrado.

1-) Como foi percebido o início dos sintomas de dor?

2-) Como você lida com sua dor, o que faz quando a sente?

3-) Na sua opinião, qual é a causa de sua dor? O que você percebe que influencia o início delas?

4-) O que você sente quando alguém lhe pergunta sobre possíveis problemas emocionais na causa de suas dores?

5-) Como você se sente com relação a situação atual?

6-) Na sua opinião, existe alguma coisa que você possa fazer para melhorar as dores?

7-) Outras percepções que queira relatar.

Anexos

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2004

Ofício nº 3078/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado
“MENSURAÇÃO DA DOR” foi analisado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa em sua 192ª Reunião Ordinária realizada em 08.11.2004, e
enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo
HCRP nº 11696/2004.

Aproveito a oportunidade para
apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FÁTIMA AP. E. FALEIROS SOUSA

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

ANEXO B

Estamos interessados em saber o quanto foi à intensidade da sua dor nessa semana, para isso, solicitamos que você circule o número abaixo o qual corresponde à sua dor.

Lembramos que o número (0) zero significa ausência de dor e (10) dez a pior dor sentida. Os escores 1 (um), 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito) e 9 (nove) significarão quantidades intermediárias de dor e também deverão ser utilizados.

ANEXO C

Nome: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Tipo de experimento: **Estimação de categorias.**

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento você gastará 10 minutos ou menos de seu tempo. A tarefa a ser realizada é fácil e não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos sobre a avaliação da experiência dolorosa.

Foram selecionados dez descritores de dor crônica de maior atribuição da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). Os descritores e suas definições, que consideramos mais adequadas, vêm logo abaixo de cada um deles.

Para sabermos o nível de atribuição de cada descritor dependemos da nota que você irá atribuir a cada um deles, através de uma escala ordinal, de onze pontos, graduada de zero (0) a dez (10), colocada logo abaixo de cada definição.

Leia atentamente os passos abaixo, o qual você deverá seguir para a realização dessa tarefa.

- 1- Observe cada descritor em letras maiúsculas e identifique-o.
- 2- Leia com atenção a definição que foi colocada logo abaixo do descritor.
- 3- Identifique a escala de onze pontos, desenhada logo abaixo de cada definição. Nela você deve assinalar a nota que será atribuída ao descritor. A nota zero (0) indica nenhum grau de atribuição de dor e a nota dez (10) indica o maior grau de atribuição que o descritor receberia na caracterização dessa dor. As notas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove), também devem ser utilizadas, lembrando que, quanto mais a nota estiver próximo ao dez, maior o grau de atribuição do descritor e, quanto mais próxima ao 0 (zero), menor seu grau de atribuição.

- 4- Leia o exemplo que damos a seguir e, se ainda houver dúvidas, solicite ajuda a pessoa responsável pela aplicação desse instrumento.

Exemplo:

QUEIMANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que queima, queimosa. 2. Muito picante, pimenta, queimante.

Nota:

DESCRITORES DE DOR (EMADOR)

01- DEPRIMENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que deprime; depressiva; depressora.

Nota:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

02- PERSISTENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que é constante; que continua; prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

Nota:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

03- ANGUSTIANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que angustia; angustiosa.

Nota:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

04- DESASTROSA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há, ou que produz acontecimentos calamitosos, especialmente o que ocorre de súbito e ocasionando grande dano ou prejuízo.

Nota:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

05- PREJUDICIAL

DEFINIÇÃO: 1. Que prejudica; nociva; lesiva.

Nota:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

06- DOLOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que produz dor; dolorífica. 2. Dolorida.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

07- INSUPORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não suportável; intolerável. 2. Incômoda; molesta.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

08- ASSUSTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que assusta; assustosa.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

09- CRUEL

DEFINIÇÃO: 1. Dura; insensível; cruenta. 2. Severa; perigosa; tirana.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10- DESCONFORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável, desconfortável.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO D

Nome: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Tipo de experimento: **Estimação de Postos.**

INSTRUÇÕES

Este experimento tomará 10 minutos ou menos de seu tempo, você estará colaborando com a realização deste estudo. Um registro dos resultados não identificará qualquer um que participe da pesquisa. A tarefa que você irá realizar não é difícil de ser completada. Todavia, se em algum momento você desejar interromper o experimento, avise-nos e ele será interrompido e encerrado.

Estamos interessados em estudar como as pessoas ordenam em postos o grau de intensidade de dor atribuída aos diferentes descritores de dor. Foram selecionados os mesmos dez descritores de dor crônica de maior atribuição da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). Sua tarefa consistirá em atribuir a cada descritor um posto em função de sua intensidade. Em outras palavras, você deve julgar em termos da intensidade de dor que um descritor possui. Assim, você deve colocar primeiro lugar (ordem ou posto 1) o descritor que você julga ser de maior intensidade. Em último lugar (ordem ou posto 10) o descritor que você julga ser de menor intensidade. Você deve ordenar em postos todos os outros descritores, mas colocar apenas e somente um posto para cada descritor, mesmo que julgue que dois descritores possuem a mesma intensidade.

Caso tenha alguma dúvida pode esclarecê-la conosco.

Nossos Agradecimentos.

Estimação de Postos (Classificação e Ordenação).

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

ANEXO E

ESCALA DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE 15 PONTOS (EDG-15)

Nome: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

INSTRUÇÕES

Este experimento tomará 5 minutos ou menos de seu tempo, você estará colaborando com a realização deste estudo. Um registro dos resultados não identificará qualquer um que participe da pesquisa. A tarefa que você irá realizar não é difícil de ser completada. Todavia, se em algum momento você desejar interromper o experimento, avise-nos e ele será interrompido e encerrado.

Estamos interessados em avaliar episódios sugestivos de depressão. A cada pergunta deve ser respondido sim ou não e em caso de dúvida pode esclarecê-la conosco.

Nossos Agradecimentos.

1-) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim (0)	Não (1)
2-) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim (1)	Não (0)
3-) Você sente que sua vida está vazia?	Sim (1)	Não (0)
4-) Você se aborrece com frequência?	Sim (1)	Não (0)
5-) Você se sente de bom humor a maior parte o tempo?	Sim (0)	Não (1)
6-) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim (1)	Não (0)
7-) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim (0)	Não (1)
8-) Você sente que sua situação não tem saída?	Sim (1)	Não (0)
9-) Você pretende ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim (1)	Não (0)
10-) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim (1)	Não (0)
11-) Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim (0)	Não (1)
12-) Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	Sim (1)	Não (0)
13-) Você se sente cheio de energia?	Sim (0)	Não (1)
14-) Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim (1)	Não (0)
15-) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim (1)	Não (0)

Almeida e Almeida (1999)

Escore: (/15).

Conclusão: _____