

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
NÍVEL DE MESTRADO

A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

MARTA LORENZINI

Porto Alegre, março de 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
NÍVEL DE MESTRADO

MARTA LORENZINI

A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Dissertação apresentada para o Instituto de Geriatria e Gerontologia do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, como requisito para aquisição do título de Mestre.

ORIENTADOR: JOSÉ ROBERTO GOLDIM

Março de 2006

Catálogo na Publicação

Lorenzini, Marta

A Influência da Dor Crônica na Qualidade de Vida do Idoso./ Marta Lorenzini;
orientador: José Roberto Goldim, - 2006.

Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, 2006.

1. Qualidade de Vida. 2. Idoso. 3. Dor Crônica. 4. Escala análogo Visual de Dor.
5. WHOQOL-bref.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares por toda dedicação e carinho permanentes.

Ao meu esposo Felice pela compreensão, participação efetiva, pela força e carinho dispensados.

Ao meu orientador José Roberto Goldim pela paciência, compreensão e competência.

Aos amigos Lisiane Baldissera, Mônica Martins e Marijaine Mossi pelo grande auxílio no desenvolvimento desta pesquisa.

SUMÁRIO

Resumo.....	6
Abstract.....	8
Apresentação.....	10
Referencial Teórico.....	11
Artigo Versão em Língua Portuguesa.....	23
Artigo Versão em Língua Inglesa.....	39
Referências Bibliográficas do Artigo.....	54
Considerações Finais.....	57
Referências Bibliográficas do Referencial Teórico.....	59
Anexos.....	66

RESUMO

Introdução: O idoso com distúrbio doloroso crônico, pode sofrer alterações importantes na sua qualidade de vida. A dor é um dos problemas mais importantes, que dificultam consideravelmente a autonomia e a independência no cotidiano dos idosos.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso, observando suas repercussões em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Métodos: Este foi um estudo transversal, com uma amostragem de conveniência composta por 43 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos de idade, com diagnóstico clínico de dor crônica.

Foram utilizados o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-bref e a Escala Análogo Visual de Dor.

Resultados: Dentre as alterações clínicas encontradas, verificamos: 41,1% pacientes com artrose; 34,9% com distúrbios da coluna; 23,2% com tendinopatias; 2,3% com osteoporose e 2,3% com artrite reumatóide.

Na escala análogo visual de dor foi observado que ambos os sexos mostraram um padrão de dor moderada.

Podemos observar que houve uma influência negativa da dor crônica na qualidade de vida dos idosos no domínio físico no domínio das relações sociais em relação aos voluntários–controle.

Discussão: A diminuição na qualidade de vida nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crônica, pode afetar também a manutenção da autonomia do idoso, na qual ele poderá deixar ou limitar o desempenho de suas funções do cotidiano, tornando-se dependente dentro de um contexto social, econômico e cultural.

Descritores: Qualidade de vida, idoso, dor crônica.

ABSTRACT

Introduction: Elderly people with chronic painful disorder may suffer major changes in their quality of life. Pain is one of the most important problems that considerably impair autonomy and independence in the everyday life of elderly people.

The purpose of this study was to assess the influence of pain in the quality of life of elderly people, observing its effects in four domains: physical, psychological, social relations and environment.

Methods: This was a transversal research with a convenience sample made up of 43 elderly individuals 60 years old or older, with chronic pain clinical diagnosis.

The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, WHOQOL-bref, was used, as well as the Pain Visual Analogue Scale.

Results: Among the clinical alterations found, we verified: 41,1% patients with arthrosis; 34.9% with back disorders; 23.2% with tendinopathies; 2.3% with osteoporosis and 2.3% rheumatoid arthritis.

In the pain visual analogue scale it was observed that both sexes showed a moderate pain pattern.

We could observe that there was negative influence of chronic pain in the quality of life of elderly people in the physical domain and in the social relations domain compared to the control volunteers.

Discussion: The reduction in the quality of life in the physical and social relations domain in elderly people with chronic pain may also affect the maintenance of

autonomy of old people, in that they may stop or limit the performance of their functions in everyday life, becoming dependant in a social, economical and cultural context.

Key Words: Quality of life; elderly; chronic pain

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado aborda a questão da influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso. A sua estrutura é composta de um referencial teórico, onde são apresentados os principais conceitos e os conhecimentos atuais sobre o tema; um artigo, em versão língua portuguesa e inglesa, com os resultados obtidos; as referências bibliográficas utilizadas no artigo, as considerações finais, as referências bibliográficas do referencial teórico e os anexos, que contêm o Termo de Consentimento, a Escala Análogo Visual de Dor, a Ficha de Informações sobre o Respondente e o Questionário de Qualidade de Vida.

REFERENCIAL TEÓRICO

A dor crônica acomete, em todo o mundo, cerca de cem milhões de indivíduos. Aproximadamente quatorze por cento da dor crônica está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético. O distúrbio doloroso articular resulta, usualmente, de processos inflamatórios e/ou degenerativos como, por exemplo, a artrite e a osteoartrose; e o muscular pode desenvolver dores como a síndrome da dor miofascial, a fibromialgia, as miosites, por exemplo. Nos Estados Unidos, a artrite está entre as doenças crônicas mais freqüentes e tem como resultado uma perda funcional significativa para a qualidade de vida dos idosos, promovendo grande risco para incapacidades físicas, depressão e institucionalização. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15}

A dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada à lesão real ou potencial dos tecidos, podendo ser aguda ou crônica. A dor aguda, surge de forma súbita e tem como função alertar o indivíduo para o perigo de uma lesão. A dor crônica, é considerada aquela com duração maior de três meses, ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado para a causa desencadeante da dor. Expressa-se através de numerosas afecções, geralmente, acompanhada de alterações do sistema nervoso autônomo, produzindo alterações, como: hipertensão arterial, taquicardia, sudorese, irritação química dos tecidos, queimadura, estresse tecidual, espasmos de músculos lisos. Em algumas situações, proporciona sofrimentos desnecessários e nocivos tanto ao estado físico quanto ao emocional do indivíduo. ^{1,2,3,4,6}

Um quadro álgico pode tornar-se crônico pelos mais variados motivos, mas certamente não apresenta uma função de alerta ou defesa. A dor crônica merece maior atenção por parte dos profissionais da saúde, pois influencia negativamente a qualidade de vida, limita a movimentação, a agilidade, a atividade, a socialização, e o bem-estar das pessoas. ^{1,2,3,4,16,17,18}

A dor é uma qualidade sensorial complexa e a não interrupção da sensação dolorosa afeta aspectos físicos, mas também sofrimento, incapacidade, depressão, desnutrição, distúrbio do sono, isolamento social, limitação nas atividades de vida diárias, profissionais, familiares e de lazer. ^{2,6,19,10,21,22,23,24}

A osteoartrose é o distúrbio doloroso mais comum no idoso. Os dados obtidos no maior estudo sobre dor já realizado, revelaram que exceto nas articulações, a sensação dolorosa se reduz com o aumento da idade em todas as localizações anatômicas. A diminuição da incidência de dor relacionada com a idade pode ser devido a alterações nas vias neurais envolvidas na nocicepção ou a diferenças na disposição psicológica de relatar a dor, podendo esta ficar despercebida e ser inadequadamente avaliada e tratada. ^{7,25,26,27,28}

A dor crônica no idoso é um problema relevante e de difícil controle, devido, muitas vezes, à dificuldade de comunicação com o idoso e de sua compreensão quanto à utilização adequada das medicações, provocando intoxicações. Além disso, o idoso não julga adequadamente sua dor, provocando uma demanda maior aos serviços de saúde. ^{29,30,31,32,33}

Sabe-se que a qualidade de vida no idoso, pode sofrer alterações importantes, quando acrescenta-se no cotidiano a dor. Pode ser considerada uma

das situações mais incômodas e desesperadoras que acometem o homem e é um dos problemas mais importantes na vida dos idosos com dor. ^{1,2,3,4}

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente novo em todo mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a expectativa de vida da população mundial passará de 66 para 73 anos, em 2025. A população idosa irá, duplicar-se entre 2025 e 2050 nos países desenvolvidos. ²⁷

No Brasil, as perspectivas para o ano 2030 estão em torno de 25 milhões de idosos. Este fato é observado no Rio Grande do Sul, local onde se verificam melhores condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais, razão para maior expectativa de vida. ^{19,34,35}

O envelhecimento populacional é fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente, o aumento da expectativa de vida ao nascer e, a seguir, da expectativa de vida aos 60 anos. Isto foi secundado pela queda da fecundidade e natalidade, ocasionando o aumento da proporção de indivíduos idosos. Esta situação conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por mudança da morbimortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças infecciosas, levando a aumento do número de pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração. ^{34,36}

O processo de envelhecimento preocupa a humanidade desde o início da civilização e vem preocupando na atualidade, devido ao aumento do número de idosos em todo o mundo, o que exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento de pesquisas nesse campo. ^{19,34}

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por leva-lo à morte. O envelhecimento trás consigo a perspectiva de morte. Mesmo com o aumento da sobrevida da população humana, a vida é sempre um período finito. Esta finitude passa a ser mais contundente com a chegada da velhice. A perda de amigos, familiares e de pessoas de referência social reforça esta característica.³⁷

A promoção da boa qualidade de vida na idade madura excede, entretanto, os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Ou seja, uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudanças. Dessa forma a qualidade de vida no idoso deve ser avaliada seguindo esta multiplicidade de critérios e de indicadores. Porém, ainda não foi possível estabelecer com clareza o grau de importância de cada um, suas inter-relações e a direção da causalidade entre eles. O que se sabe é que as diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice podem ter diferentes impactos sobre o bem-estar subjetivo.³⁸

Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos marcados por declínio funcional, doenças, perda de autonomia, aumento da dependência, isolamento social e depressão. No entanto,

se os indivíduos envelhecerem, mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado. A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não-idosas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio a incapacidades e à dependência.^{34,36,39}

O desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é almejar uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.⁵

O estudo sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, reveste-se de grande importância científica e social, estimulando a retomada das reflexões sobre diferentes questões éticas e morais que envolvem os idosos.³⁷

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas no idoso resultam tanto das alterações biológicas (deficiências e incapacidades) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, freqüentemente, as últimas parecem determinar as primeiras e podem ser descritos três tipos de dependência: a estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego); a dependência física, incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária; e a dependência comportamental, com freqüência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.⁴⁰

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como, as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento, dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando o bem-estar de pessoas idosas.¹⁹

Alguns fatores são críticos à manutenção da integridade, da independência e da autonomia de um indivíduo. Existem grandes diferenças individuais entre os idosos, mais que em qualquer outro grupo etário; são diferenças em quase todos os tipos de características, as físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e sócio-econômicas, o que torna as conclusões a respeito da qualidade de vida necessárias e altamente individualizadas. Muitos idosos podem permanecer saudáveis e com habilidade funcional até anos tardios, mantendo estáveis suas características físicas, mentais, de personalidade e sociais. Se há hábitos e estilos de vida saudáveis e na ausência de uma doença importante, haverá adaptabilidade e reserva funcional suficiente para a maioria das atividades.²⁵

A preocupação especificamente com qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos. Isso se deu em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade, que passou a ser compartilhada por um número maior de indivíduos vivendo em diversas sociedades.³⁸

A expressão qualidade de vida foi mencionada pela primeira vez por Pigou em 1920 ao escrever o livro “The Economics of Welfare” sobre economia e bem-estar material, sendo novamente empregado em 1964, pelo presidente dos

Estados Unidos, Lyndon Johnson. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciência afins trouxe como uma conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. A crítica da sociedade industrial fez com que a visão unidimensional do ser humano fosse ampliada. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.^{34,41,42,43}

Os significados atribuídos a uma boa qualidade de vida são muitos, sendo difícil conseguir unanimidade de opiniões entre pessoas da mesma comunidade e até mesmo de uma sociedade. Alguns elementos citados entre pessoas da mesma comunidade e até mesmo de uma sociedade. Alguns elementos citados, na maioria das opiniões incluem: segurança, felicidade, lazer, saúde, condição financeira estável, família, amor e trabalho. Pesquisadores, construíram métodos para estudar esses significados, encontrando um conjunto de elementos relacionados ao termo “qualidade de vida”. Esses elementos incluem aspectos culturais, históricos e de classes sociais; conjunto de condições materiais e não materiais, diferenças por faixas etárias; condições de saúde das pessoas ou de uma comunidade.⁴⁴

O Grupo Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive

e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”Conceito centrado na avaliação subjetiva do indivíduo viver plenamente. Bullinger e cols. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.^{42,45,46}

Embora não haja um consenso a respeito do conceito qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse construto foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade, multidimensionalidade; presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação.^{25,47,48,49,50}

Existem múltiplos instrumentos multidimensionais suficientemente sensíveis para captar a variabilidade dos diferentes grupos de idosos e de sua qualidade de vida. Esses devem considerar as dimensões que integram as aferições de saúde e qualidade de vida. É importante que exista uma forma de avaliar a qualidade de vida nos idosos com questões pertinentes a esta faixa etária, em virtude de seus valores e experiências de vida, diferirem da dos mais jovens. Além disso, fatores relacionados à idade afetam a saúde, dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice, e diversas situações sociais colocam obstáculos a uma vida de

melhor qualidade. Todos são fatores que aumentam a complexidade da mensuração da qualidade de vida dos idosos.^{47,51,52}

Devido à importância do tema, tanto para a avaliação de resultados, condutas, tratamentos e políticas, quanto para a avaliação de atendimentos e serviços, há vários conceitos e instrumentos, alguns gerais outros específicos, para a sua avaliação. Poucos, porém, foram desenvolvidos tendo como alvo a população idosa. A qualidade de vida em idosos e sua avaliação sofrem os efeitos de numerosos fatores, entre eles os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. O idoso deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de cada vida é um fenômeno altamente pessoal. Esta é uma questão não apenas metodológica, mas também ética.^{47,53}

A dor é por natureza subjetiva e, oferecer ao paciente, instrumentos padronizados, que lhe possibilite expressar esta sensação de forma mais objetiva, facilita a comunicação entre os profissionais e o paciente. Além disso, permite comparações individuais e de grupos às diferentes abordagens terapêuticas.⁵⁴

Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns consideram a dor como uma qualidade simples, unidimensional que varia apenas em intensidade, mas outros métodos a consideram como uma experiência multidimensional composta também por fatores afetivo-emocionais.⁵⁵

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou intensidade de dor, e têm sido utilizados para obtenção de informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor.⁵⁵

As escalas de intensidade pertencem ao grupo de avaliação unidimensional, por avaliar somente uma das dimensões da experiência dolorosa. Dentre as escalas existentes, destaca-se a Escala Análogo Visual, elaborada por Huskisson em 1983, que consiste de uma linha reta de dez centímetros de comprimento, não numerada, com indicações de “sem dor” e “pior dor imaginável” nas extremidades. A Escala Análogo-Visual de Dor (EAV), que por suas limitações é muitas vezes pouco utilizada e/ou compreendida, é um importante instrumento na mensuração da dor crônica, pois ajuda o paciente a compreender melhor quando e quais fatores influenciam a sua percepção da dor, levando-o, ainda, a um maior comprometimento com as informações que fornece, uma vez que estas serão sempre parâmetros para a avaliação da adequação do tratamento. O instrumento a ser utilizado deve adequar-se ao nível de compreensão do paciente e, através do uso repetido, tornar-se familiar a ele.^{54,56,57,58}

Devido à complexidade de avaliar a qualidade de vida, na última década ocorreu uma proliferação de instrumentos avaliativos da qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde constatando, a inexistência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural desenvolveu um instrumento com essas características o WHOQOL- 100. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100 o WHOQOL ABREVIADO (WHOQOL-bref). Este questionário consta de 26 questões, e é composto por quatro domínios: o físico, o psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Este instrumento é de

auto-avaliação e auto-explicativo. Além disso, alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que o coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar qualidade de vida no Brasil.^{42,59,60,61,62}

O WHOQOL-bref é dividido em quatro domínios. O Domínio Um é o Físico caracterizado por: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho. O Domínio Dois é o Psicológico caracterizado por: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. O Domínio Três é o das Relações Sociais e se caracteriza por: relações pessoais; suporte (Apoio) social; atividade sexual. O domínio Quatro é o do Meio Ambiente e se caracteriza por: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/ trânsito/ clima); transporte.⁴²

Um desafio importante é estimar a influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso. Recentemente, há uma maior preocupação com a qualidade de vida e sua relação com a dor, pois, sabe-se que a frequência de dor aumentou e que afeta o indivíduo como um todo desde o aspecto físico até o emocional, não se restringindo ao dano tecidual. Esses efeitos dependem de alguns fatores, como tempo de duração, extensão, intensidade da dor. Dessa forma o indivíduo com dor

crônica deve ser tratado como um todo, e não apenas sua dor, para que este possa manter ou restaurar sua qualidade de vida.

ARTIGO VERSÃO EM LÍNGUA PORTUGUESA

A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.
*INFLUENCE OF CHRONIC PAIN ON THE QUALITY OF LIFE IN ELDERLY
PEOPLE.*

MARTA LORENZINI* ; JOSÉ ROBERTO GOLDIM. **

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Av. Ipiranga, 6681.

Serviço Ambulatorial de Fisioterapia do Hospital Mãe de Deus.

Marta Lorenzini. Rua Ramiro Barcelos, 1393/603. CEP: 90035-006, Porto Alegre –
RS.

Dissertação de Mestrado, 2006. Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital
São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RESUMO

INTRODUÇÃO

O idoso com distúrbio doloroso crônico, pode sofrer alterações importantes na sua qualidade de vida. A dor é um dos problemas mais importantes, que dificultam consideravelmente a autonomia e a independência no cotidiano dos idosos.

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso, observando suas repercussões em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

MÉTODOS

Este foi um estudo transversal, com uma amostragem de conveniência composta por 43 idosos, com diagnóstico clínico de dor crônica.

Foram utilizados o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-bref e a Escala Análogo Visual de Dor.

RESULTADOS

Dentre as alterações clínicas encontradas, verificamos: 41,1% pacientes com artrose; 34,9% com distúrbios da coluna; 23,2% com tendinopatias; 2,3% com osteoporose e 2,3% com artrite reumatóide.

Na escala análogo visual de dor foi observado que ambos os sexos mostraram um padrão de dor moderada.

Podemos observar que houve uma influência negativa da dor crônica na qualidade de vida dos idosos no domínio físico no domínio das relações sociais em relação aos voluntários–controle.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diminuição na qualidade de vida nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crônica, pode afetar também a manutenção da autonomia do idoso, na qual ele poderá deixar ou limitar o desempenho de suas funções do cotidiano, tornando-se dependente dentro de um contexto social, econômico e cultural.

DESCRITORES

Qualidade de vida#	Quality of Life #
Idoso#	Elderly #
Dor Crônica#	Chronic Pain #

INTRODUÇÃO

A dor crônica acomete, em todo o mundo, cerca de cem milhões de indivíduos. Aproximadamente, quatorze por cento da dor crônica está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético. O distúrbio doloroso articular resulta, usualmente, de processos inflamatórios e/ou degenerativos como, por exemplo, a artrite e a osteoartrose; e o muscular pode desenvolver dores como a síndrome da dor miofascial, a fibromialgia, as miosites, por exemplo. Nos Estados Unidos, a artrite está entre as doenças crônicas mais freqüentes e tem como resultado uma perda funcional significativa para a qualidade de vida dos idosos, promovendo um grande risco para incapacidades físicas, depressão e institucionalização.^{11,19, 21, 22}

A osteoartrose é, na maioria das vezes, o distúrbio doloroso mais comum no idoso. Os dados obtidos no maior estudo sobre dor já realizado, revelaram que, exceto nas articulações, a sensação dolorosa se reduz com o aumento da idade em todas as demais localizações anatômicas.^{2,11}

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente novo em todo o mundo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a expectativa de vida da população mundial passará de 66 para 73 anos, em 2025. O número de

indivíduos idosos com idade igual ou superior a sessenta anos irá duplicar entre 2025 e 2050 nos países desenvolvidos.²³

No Brasil, as perspectivas para o ano 2030 estão em torno de 25 milhões de idosos. Os dados preliminares do censo demográfico referem que há cerca de 10 milhões de brasileiros com idade de igual ou superior a 65 anos. Este fato pode ser observado, no Rio Grande do Sul, local onde se verificam melhores condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais, razão para maior expectativa de vida.⁽⁹⁾

O estudo sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, reveste-se de grande importância científica e social, estimulando a retomada das reflexões sobre diferentes questões éticas e morais que envolvem os idosos.¹²

A boa qualidade de vida auxilia a manutenção da autonomia do idoso. Uma forma de quantificar a qualidade de vida é associá-la, ao grau de autonomia que o idoso desempenha as suas funções no dia-a-dia, tornando-o independente dentro de um contexto social, econômico e cultural.¹⁶

A qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança.^{4,5}

Responder a aparente contradição entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a melhor compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano.^{5,13}

O grupo qualidade de vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de

sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Conceito centrado na avaliação subjetiva do indivíduo viver plenamente. Bullinger e cols. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.^{7, 20}

O conceito de “boa qualidade”, por ser abstrato e ambíguo, admite múltiplos significados, para diferentes pessoas, locais ou ocasiões. Essa multiplicidade de significados, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.^{18,20}

Embora não haja um consenso a respeito do conceito qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse construto foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade, multidimensionalidade; presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor).⁷

O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspectos, mais recentemente foi incluída também a dimensão espiritual. A saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação.^{1,15}

Sabe-se que o idoso com distúrbio doloroso crônico, pode sofrer alterações importantes na sua qualidade de vida. A dor é um dos problemas mais importantes, que dificultam consideravelmente a autonomia e a independência no

cotidiano dos idosos. A dor pode ser considerada uma das situações mais incômodas e desesperadoras que acometem o ser humano.^{11,14,19,21}

Um desafio importante é estimar o grau de influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso. Recentemente, há uma maior preocupação com a qualidade de vida e sua relação com a dor. Sabe-se que a sua ocorrência aumentou e que ela afeta o indivíduo como um todo. A dor não provoca apenas um dano tecidual, mas também tem repercussões no plano, físico, psicológico, social e espiritual. Essas repercussões dependem de alguns fatores, tais como: o tempo de duração, a extensão e a intensidade da dor. Dessa forma, deve-se tratar o indivíduo como um todo, e não apenas a sua dor, para que este possa manter ou restaurar a sua qualidade de vida.^{8,14, 18}

Mensurar um sintoma subjetivo, saber o quão intensa é a dor, não é uma tarefa precisa. Os instrumentos para mensurar a dor podem ser uni ou multidimensionais. Escalas de Intensidade pertencem ao primeiro grupo, por avaliar somente uma das dimensões da experiência dolorosa. Dentre as escalas existentes, destaca-se a Escala Análogo Visual que consiste de uma linha reta de dez centímetros de comprimento, não numerada, com indicações de “sem dor” e “pior dor imaginável” nas extremidades. Os valores referidos na escala são de dor leve variando de zero a três; dor moderada de quatro a seis e dor intensa de sete a dez. Apesar de suas limitações e muitas vezes pouco utilizada e/ou pouco compreendida, a Escala Análogo Visual de Dor (EAV) é um importante instrumento na mensuração da dor crônica, pois ajuda o paciente a compreender melhor quando e quais fatores influenciam a sua percepção da dor, levando-o, ainda, a um maior comprometimento com as informações que fornece, uma vez

que estas serão sempre parâmetros para a avaliação da adequação do tratamento.¹⁷

Devido à complexidade para avaliar a qualidade de vida, ocorreu na última década uma proliferação de instrumentos avaliativos da qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde constatando, a inexistência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural, desenvolveu um instrumento com essas características o WHOQOL-100. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100 o WHOQOL ABREVIADO (WHOQOL-bref). Este questionário consta de 26 questões, e é composto por quatro domínios: o físico, o psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Este instrumento é de auto-avaliação e auto-explicativo. Além disso, alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que o coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar qualidade de vida no Brasil. Este instrumento foi validado e adequado culturalmente ao Brasil.^{5,6,19,24}

O WHOQOL-bref é dividido em quatro domínios. O Domínio Um é o Físico caracterizado por: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho. O Domínio Dois é o Psicológico caracterizado por: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. O Domínio Três é o das Relações

Sociais e se caracteriza por: relações pessoais; suporte (Apoio) social; atividade sexual. O domínio Quatro é o do Meio Ambiente e se caracteriza por: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/ trânsito/ clima); transporte.⁷

Suas questões são curtas e elaboradas em linguagem simples compatibilizam com os quatro tipos de escala de avaliação estabelecidos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação), com cinco níveis de respostas para cada uma. Essas escalas de respostas compreendem a escala de intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito, muito ruim a muito bom).¹

Os dados obtidos por meio do WHOQOL-bref devem ser tratados em função de cada domínio, pois neste instrumento não se pode utilizar um escore total de qualidade de vida, já que foi desenvolvido a partir da premissa de que qualidade de vida é um constructo multidimensional, não cabendo a soma de itens referentes a diferentes domínios.¹

O presente estudo se propõe a avaliar a influência e as repercussões físicas, psicológicas, sociais e ambientais da dor crônica na qualidade de vida de pacientes idosos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal nos meses de fevereiro a junho de 2005, com uma amostra de pacientes de um serviço de fisioterapia de um hospital de Porto Alegre. Todos os pacientes da amostra tinham o diagnóstico clínico de dor crônica e idade igual ou superior a 60 anos, segundo o Estatuto do Idoso Lei N°8.213, de 24 de Julho de 1991.

A amostragem foi de conveniência e o cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base nos quatro domínios do instrumento WHOQOL, que foi utilizado na coleta de dados, com um desvio de 10% em cada domínio. O tamanho da amostra ficou estabelecido em 43 pacientes.

Não foram incluídos os pacientes com patologias que promovam mais incapacidades que a dor crônica, tais como: pneumopatias severas, cardiopatias severas, doença neurológica, doença oncológica e depressão.

Foram utilizados o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-bref, versão em português falado no Brasil e a Escala Análogo Visual de Dor.

Os pacientes quando convidados a participar da pesquisa, foram informados sobre os objetivos da mesma e da confidencialidade dos dados. Também foi assinado o Termo de Consentimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital estudado. Todos os pacientes responderam o WHOQOL-bref em somente um encontro, referindo-se a situações ocorridas nas duas últimas semanas.

Este instrumento, a princípio, é de auto-resposta. O entrevistador não influenciou o participante na escolha da resposta. As questões ou o significado destas, assim como a escala de respostas, não foram discutidas. No caso de dúvida, o entrevistador apenas releu a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Foi enfatizada a importância da interpretação da pergunta proposta, pelo paciente.

Os pacientes que se negaram a responder alguma questão, tiveram um código próprio para estas. Ao término do questionário, foi verificado se o paciente não deixara nenhuma questão sem resposta e se havia marcado somente uma alternativa por questão.

A pontuação do questionário foi efetuada pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS- Windows 11.5).

Os resultados deste estudo foram apresentados através da estatística descritiva sob forma de média e desvio padrão. Para a comparação entre os domínios e a média da normalidade, utilizou-se o Teste-t univariado. Para as correlações foi utilizada a Correlação Linear de Pearson. O nível de significância foi de $P < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 43 pacientes sendo que destes 81,4% (35) eram mulheres, com uma média de idade de 72 anos, com um desvio padrão de 7,36, variando de 60 a 90 anos.

Dos entrevistados 48,8% (20) eram casados, 30,2% (13) eram viúvos, 13,9% (6) eram separados e 9,3% (4) eram solteiros. Quanto ao nível educacional 37,2% (16) freqüentaram o ensino fundamental, 34,9% (15) o ensino médio, 18,6% (8) o ensino superior e 9,3% (4) freqüentaram a pós-graduação.

Como problemas de saúde atual as mais citadas foram: artrite ou reumatismo em 48,8% (21) dos pacientes e 25,6% (11) pressão alta.

Dentre as alterações clínicas encontradas, observou-se a seguinte distribuição, sendo que alguns pacientes apresentaram mais de uma co-morbidade: 19 (41,1%) pacientes com artrose; 15 (34,9%) com distúrbios da coluna; 10 (23,2%) com tendinopatias; 1 (2,3%) com osteoporose e 1 (2,3%) com artrite reumatóide.

Com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva da saúde foi realizada a seguinte pergunta “Como está sua saúde”. Os pacientes se classificaram da seguinte maneira; nenhum a considerou muito fraca; 7,0% (3) fraca; 23,3% (10) nem ruim nem boa; 53,5% (23) boa e 16,3% (7) muito boa.

Observou-se que Índice de Cronbach mostra valor elevado de 0,842 em todas as questões do questionário, atestando a boa consistência interna do instrumento.

Na escala análogo visual as mulheres mostraram uma média de 3,48 com um desvio padrão de 0,54; e homens uma média de 4,31 com um desvio padrão de 1,09. Foi observado que ambos os sexos mostraram um padrão de dor moderada.

Nesta amostra não se verificou uma diferença significativa entre nível educacional e os domínios, também não foi observada diferença entre o nível educacional e a representação de dor na escala análogo visual. Pode-se observar que as mulheres apresentam um nível maior de satisfação no domínio três, das relações sociais, do que os homens.

Não foi observada correlação entre a pergunta como você acha que está sua saúde hoje e a referência dolorosa na escala análogo visual, mas correlacionou-se com o domínio 1 (físico) de 0,53 ($<0,01$), no domínio 2 (psicológico) de 0,312 ($<0,05$) e no domínio 4 (meio ambiente) de 0,325 ($<0,05$) e nas perguntas gerais de 0,743 ($<0,01$).

Observou-se uma fraca correlação entre a escala análogo visual de dor e o domínio 1 (Físico) de -0,39 e entre o domínio 2 (psicológico) de - 0,38.

Na ausência de estudos populacionais que padronizem cada item do WHOQOL-bref, os resultados obtidos neste estudo, foram comparados com os do grupo de voluntários-controles, provenientes da pesquisa de validação do referido questionário no Brasil, que apresentou poder amostral no processo de sua validação. ⁽¹³⁾

Observou-se diferença significativa ($p \leq 0,001$) na qual os voluntários-controles (média de 16,61 e desvio padrão de 2,1) apresentaram uma melhor qualidade de vida no Domínio 1(Físico) nos idosos (média de 13,65 e um desvio padrão de 2,41).

No Domínio 2 não foi verificada diferença significativa entre o grupo voluntários-controle (média 15,58 e desvio padrão de 2,1) e os idosos (média 15,04 e desvio padrão de 2,32).

No Domínio 3 (relações sociais) observou-se diferença significativa ($p \leq 0,02$) na qual o grupo voluntários-controles (média 15,52 e desvio padrão de 2,6) apresentaram melhor qualidade de vida em relação aos idosos (média 14, 39 e desvio padrão de 3,15).

No Domínio 4 (meio ambiente) foi observada uma diferença significativa ($p \leq 0,001$) na qual os idosos (média de 15,67 e desvio padrão de 1,81) apresentaram melhor qualidade de vida no Domínio 4, do que os voluntários-controles (média de 14,04 e desvio padrão de 2,1).

DISCUSSÃO

As eventuais comparações mostradas no presente estudo objetivaram investigar características físicas, psicológicas, sociais e ambientais, da influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso.

Assim como na literatura, podemos observar que, após a análise dos dados desta pesquisa, a doença osteoarticular foi o fator que, mais freqüentemente, causou dor nos idosos desta amostra.^{2,11}

Quanto à escala análogo visual de dor, provavelmente tenhamos observado uma fraca correlação nos domínios físico e psicológico, e nenhuma correlação nos domínios de relações sociais e meio ambiente, por ser instrumento avaliativo unidimensional e verificar apenas a intensidade de dor. Neste estudo esta escala foi utilizada por ser um instrumento de fácil e rápida compreensão com o intuito de termos objetivamente a referência dolorosa, que foi considerada moderada.^{1,3}

O WHOQOL-bref apresentou boa consistência interna, nos valores observados pelo coeficiente α de Cronbach em todas as questões do questionário.⁷

A capacidade de diferenciar idosos de indivíduos-controle foi observado nos domínios físicos de relações sociais e meio ambiente, não obtivemos significância exceto no domínio psicológico. A não diferenciação por parte desse domínio pode ser entendida por fatores referentes ao instrumento ou a amostra estudada. Por

outro lado, é possível que o aspecto psicológico não esteja ainda necessariamente afetado pela condição da doença, quando comparado aos indivíduos-controle.

A qualidade de vida, no aspecto meio ambiente foi superior nos idosos do que no grupo de voluntários-controle talvez devido aos critérios de inclusão utilizados.

Através da aplicação do WHOQOL-bref evidenciamos a influência negativa da dor crônica na qualidade de vida no aspecto físico e nas relações sociais dos idosos estudados. Observamos que nesta amostra, a dor se associa à fadiga, aos distúrbios do sono, a dependência de tratamentos ou uso de medicações. Além disso, minimiza a capacidade para o trabalho, para a realização das atividades de vida diária, para a atividade sexual e se associam com a diminuição da rede de apoio social.^{10,11,21, 22}

A diminuição na qualidade de vida nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crônica, pode afetar também a manutenção da autonomia do idoso, na qual ele poderá deixar ou limitar o desempenho de suas funções do cotidiano, tornando-se dependente dentro de um contexto social, econômico e cultural.^{10,11,21,22}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo. A maioria das informações disponíveis sobre o idoso tem por característica considerar primeiramente as perdas e limitações associadas a este período de vida, e secundariamente ao potencial de desenvolvimento inerente à maturidade.

Cabe salientar que nesta amostra foi observado um quadro de dor moderada avaliada pela escala análogo visual de dor e, já visualizado um panorama de

influências negativas na qualidade de vida desses idosos. Desse modo, apesar de, algumas vezes, o idoso não saber expressar adequadamente sua dor, os profissionais de saúde devem sempre estar atentos e utilizarem métodos avaliativos que possam expressar a magnitude do quadro algico. Assim, os idosos poderão receber todo o suporte de saúde necessário.

A probabilidade de envelhecer com boa qualidade de vida aumenta em razão da adequada atuação dos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário o estudo constante, na área de qualidade de vida no idoso e nos fatores que possam influenciá-la. Assim, será possível atuar preventivamente nas diversas doenças para que os idosos tenham melhores condições de preveni-las, para que continuem a ter autonomia no seu cotidiano.

Apesar de o WHOQOL-bref apresentar vocabulário simples e questões estruturadas para facilidade de sua leitura mesmo por pessoas com nível educacional baixo e com vocabulário restrito, é importante a existência de um instrumento direcionado para a avaliação da qualidade de vida para contemplar a população idosa, como o WHOQOL-OLD que está sendo desenvolvido. Isso porque, os idosos diferem das outras faixas etárias por constituírem um grupo com características particulares e, como tal, apresenta especificidades relevantes para a qualidade de vida.

ARTIGO VERSÃO LÍNGUA INGLESA

INFLUENCE OF CHRONIC PAIN ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE

MARTA LORENZINI¹ ; JOSÉ ROBERTO GOLDIM².

^{1, 2} Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Av Ipiranga, 6681.

Physiotherapy Clinical Service of Hospital Mãe de Deus.

Marta Lorenzini. Rua Ramiro Barcelos, 1393/603. CEP: 90035-006, Porto Alegre – RS.

Master's Dissertation, 2006. Geriatrics and Gerontology Institute of Hospital São Lucas of Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Elderly people with chronic painful disorder may suffer major changes in their quality of life. Pain is one of the most important problems that considerably impair autonomy and independence in the everyday life of elderly people.

The purpose of this study was to assess the influence of pain in the quality of life of elderly people, observing its effects in four domains: physical, psychological, social relations and environment.

METHODS

This was a transversal research with a convenience sample made up of 43 elderly individuals 60 years old or older, with chronic pain clinical diagnosis.

The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, WHOQOL-bref, was used, as well as the Pain Visual Analogue Scale.

RESULTS

Among the clinical alterations found, we verified: 41,1% patients with arthrosis; 34.9% with back disorders; 23.2% with tendinopathies; 2.3% with osteoporosis and 2.3% rheumatoid arthritis.

In the pain visual analogue scale it was observed that both sexes showed a moderate pain pattern.

We could observe that there was negative influence of chronic pain in the quality of life of elderly people in the physical domain and in the social relations domain compared to the control volunteers.

DISCUSSION AND FINAL CONSIDERATIONS

The reduction in the quality of life in the physical and social relations domain in elderly people with chronic pain may also affect the maintenance of autonomy of old people, in that they may stop or limit the performance of their functions in everyday life, becoming dependant in a social, economical and cultural context.

KEY WORDS

Quality of Life #

Elderly #

Chronic Pain #

INTRODUCTION

Chronic pain seizes about a hundred million individuals all over the world. Approximately fourteen per cent of chronic pain is associated to articulations and the musculoskeletal system. The articular painful disorder usually results in inflammatory and/or degenerative processes such as, for example, arthritis and osteoarthritis; and the muscle may develop pains such as the myofascial pain syndrome, fibromyalgia, myositis, for instance. In the United States, arthritis is among the most frequent chronic diseases and results in a significant functional loss for the quality of life of elderly people, entailing considerable risk physical impairment, depression and institutionalization.^{11,19, 21, 22}

Osteoarthritis is the common painful disorder in elderly people. The information obtained in the largest research ever conducted on pain has revealed that, except on the articulations, the painful sensation is reduced with age increase in all other anatomic locations.^{2,11}

Population ageing is a relatively new phenomenon all over the world. According to information of the World Health Organization, the life expectancy of the world's population will increase from 66 to 73 years in 2025. The number of elderly individuals with age equal or higher than sixty will duplicate between 2025 and 2050 in developed countries.²³

In Brazil, the prospects for the year 2030 are about 25 million elderly people. The preliminary data of the demographic census indicate that there are about 10 million Brazilians with ages equal to or higher than 64. This fact is observed in Rio Grande do Sul, where there are better social, sanitary, economical and cultural conditions, resulting in a higher life expectancy.⁹

The study about the conditions that provide a better quality of life in old age assumes great scientific and social importance, encouraging the resuming of reflections on different ethical and moral questions that surround elderly people.¹²

Good quality of life helps maintaining the autonomy of elderly people. A way to assess quality of life is to associate it to the degree of autonomy of elderly people in performing their daily functions, making them independent within a social, economical and cultural context.¹⁶

Quality of life in old age is not an attribute of biological, psychological or social individuals, nor an individual responsibility, but a product of interaction among changing people living in a changing society.^{4,5}

Explaining the apparent contradiction between old age and well being or even the association between old age and disease, may contribute to a better understanding of ageing and the limits and reaches of human development.^{5,13}

The quality of life group of the World Health Organization Mental Health Division has defined quality of life as "individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns". Such concept is focused on the subjective assessment of individuals living life to the full. In 1993, the expression quality of life is taken more generally and includes a potentially greater variety of conditions that may affect individuals' perceptions, their feelings and behaviors associated to their daily functioning, including, but not limited to, their health conditions and medical interventions.^{7, 15}

Since the concept of "good quality" is abstract and ambiguous, it takes on multiple meaning for different people, places and occasions. This plurality of meanings, attributed in such dissimilar ways, makes comparisons difficult.^{18,20}

Although there is not a consensus on the concept of quality of life, three basic aspects regarding this construct were obtained by a group of specialists from different cultures: subjectivity, multidimensionality; presence of positive (e.g. mobility) and negative (e.g. pain) dimensions.⁷

The quality of life phenomenon has multiple dimensions such as, for instance, physical, psychological and social, each one encompassing various aspects, the spiritual dimension having been recently added. The perceived health and functional capacity are important variables that must be assessed, as well as subjective well-being, which is indicated by satisfaction.^{1,15}

It is known that elderly people with chronic painful disorder may suffer important changes in their quality of life. Pain is one of the most important problems that considerably impair autonomy and independence in the everyday life of elderly people. Pain can be considered one of the most uncomfortable and despairing situations that afflict human beings.^{11,14,19,21}

An important challenge is to evaluate the degree of influence of chronic pain in the quality of life of elderly people. Recently there has been a greater concern with quality of life and its relationship with pain. It is known that its incidence has increased and it affects the individual as a whole. Pain does not just cause tissue damage, but also has physical, psychological, social and spiritual effects. These repercussions depend on a number of factors such as: duration, extent and intensity of the pain. Therefore, the treatment must focus on the individual as a

whole and not just on his or her pain, so he or she can maintain his or her quality of life.^{8,14, 18}

Measuring a subjective symptom in order to assess the intensity of the pain is not an accurate test. The instruments for measuring pain may be one or multidimensional. Intensity scales belong in the first group, as they evaluate only one dimension of the painful experience. Among the existing scales, one that stands out is the Visual Analogue Scale which consists of a 10cm unnumbered straight line with "no pain" and "worst imaginable pain" signs at the extremities. The amounts referred in the scale are slight pain varying from zero to three; moderate pain from four to six and intense pain from seven to ten. In spite of being limited and often little used and/or little understood, the Visual Analogue Scale (VAS) for Pain is an important instrument in measuring chronic pain, as it helps the patient to better understand when and which factors affect his/her perception of pain, leading him/her to a greater commitment to the information provided, since this will always serve as parameters for evaluation of the suitability of the treatment.¹⁷

Because of the complexity of evaluate quality of life, there was a proliferation of instruments to assess quality of life in the last decade. The World Health Organization realized there was no instrument to evaluate quality of life in a transcultural perspective and developed an instrument with these features, WHOQOL-100. The need for short instruments requiring little time for their completion, but with adequate psychometric features, led the World Health Organization Quality of Life Group to develop an abbreviated version of WHOQOL-100 the WHOQOL (WHOQOL- bref). This questionnaire is made up of

26 questions and is divided in four domains: physical, psychological, social relations and environment. This instrument is self-evaluating and self-explanatory. Apart from that, it combines good psychometric performance with practicality, which makes it a useful alternative to be employed in studies with the purpose of evaluating quality of life in Brazil. This instrument was validated and culturally adapted to Brazil.^{5,6,19,24}

WHOQOL-bref is divided in four domains. Domain One is Physical, characterized by: pain and discomfort; energy and fatigue; sleep and rest; mobility. everyday life activity; dependency on medication or treatment; capacity for work. Domain Two is Psychological, characterized by: positive feelings; thinking, learning, memory and concentration; self-esteem; body image and appearance; negative feelings; spirituality/religion/personal beliefs. Domain Three is Social Relations and is characterized by: personal relations; social support; sexual activity. Domain Four is Environment and is characterized by: physical safety and protection; home environment; financial resources; health and social care: availability and quality; opportunity to acquire new information; participation in and opportunities of recreation/leisure; physical environment (pollution/noise/traffic/climate); transportation.⁷

Its questions are short, written in a simple language and are compatible with the four established evaluation scale types (intensity, capacity, frequency and evaluation), with five answer levels for each. These answer scales include intensity (none to extreme), capacity (none to full), frequency (never to always) and evaluation (very unsatisfied to very satisfied, very bad to very good).¹

The data obtained by means of the WHOQOL-bref must be treated according to each domain, since this instrument cannot give a global score for quality of life, as it was developed based on the assumption that quality of life is a multidimensional construct and the summation of items belonging to different domains is not applicable.¹

The present study aims to evaluate the physical, psychological, social and environmental influences and repercussions of chronic pain in the quality of life of elderly patients.

METHODS

A transversal research was conducted from February to June 2005 with a sample of patients in a physiotherapy service in a hospital in Porto Alegre. All sample patients have clinical diagnosis of pain and 60 years old or older, pursuant to the Elderly People Regulation, Law no. 8.213, dated July 24th 1991.

It was a convenience sample and the sample size calculation was made bases on the four domains of the WHOQOL instrument, which was used in the data collection, with a 10% deviation in each domain. The sample size was set to 43 patients.

The sample did not include patients with pathologies causing more impairments than chronic pain, such as: severe pneumopathy, severe cardiopathy, neurologic disease, oncologic disease and depression.

The World Health Organization Quality of Life Instrument, WHOQOL-bref Portuguese version was used, as well as the Visual Analogue Scale for Pain.

When the patients were invited to take part in the research, they were informed about its purpose and the confidentiality of the information. A Statement of Consent

was also signed and approved by the Research Ethics Committee of the studied hospital. All patients answered the WHOQOL-bref in only one meeting, referring to situations that took place in the two previous weeks.

This instrument is basically self-answering. The interviewer had no influence whatsoever in the choice of answers. The questions, their meanings or the answer scale were not discussed. In case there were any doubts, the interviewer only reread the question slowly to the patient, avoiding giving synonyms for the words in the questions. The importance of the patient's interpretation of the questions was emphasized.

The patients who refused to answer some question were assigned a specific code for the unanswered question. At the end of the questioning, it was verified whether the patient left no question unanswered and whether he or she made only one choice per question.

The points for the questionnaire were computed by the statistical program *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS- Windows 11.5).

The results of these study were presented by means of descriptive statistics in the form of average and standard deviation. In order to make comparisons among the domains and the normality average, the univariate t-test was used. Pearson Linear Correlation was used for the correlations. The significance level was $P < 0.05$.

RESULTS

The sample was made up of 43 patients, 81.4% (35) were women with an average age of 72, standard deviation 7.36, varying from 60 to 90..

48.8% (20) of the interviewees were married, 30.2% (13) were widowers or widows, 13.9% (6) were separated and 9.3% (4) were single. As for educational background, 37.2% (16) attended elementary school, 34.9% (15) had high school, 18.6% (8) had higher learning and 9,3% (4) had postgraduate courses.

The most cited current diseases were: arthritis or rheumatism in 48.8% (21) of the patients and 25.6% (11) with high pressure.

Among the clinical disorders found, the following distribution was verified, with some patients showing more than one comorbidity: 19 (41.1%) with arthrosis; 15 (34.9%) with back disorders; 10 (23.2%) with tendinopathies; 1 (2.3%) with osteoporosis and 1 (2.3%) with rheumatoid arthritis.

With the purpose of evaluating the patients' subjective perception of help, the following question was asked: "How is your health?" The answers were distributed as follows; no one considered it very weak, 7.0% (3) weak; 23.3% (10) neither good nor bad;; 53.5% (23) good and 16.3% (7) very good.

When the aforementioned question was correlated with the WHOQOL-bref domains, a moderate correlation (0,597) was observed with domain 1; and a moderate correlation with general questions (0.747).

It was observed that the Cronbach index shows a high value of 0.842 in all questions of the questionnaire, attesting to the instrument's good internal consistency.

On the visual analogue scale the women showed an average of 3.48 with a standard deviation of 0.54; and men had an average of 4.31 with standard deviation of 1.09. It was observed that both sexes showed a moderate pain pattern.

In this sample there was not a significant difference between educational level and the domains, nor was any difference observed between educational level and pain representation in the visual analogue scale. It can be noted that women showed a higher level of satisfaction on domain three, social relations. than men.

No correlation was observed between the question "how do you think your health is today" and the painful reference in the visual analogue scale, but there was a correlation of 0.53 (<0.01) with domain 1 (physical), of 0.312 (0.05) on domain 2 (psychological), of 0.325 (<0.05) on domain 4 (environment) and of 0.743 (<0.01) with the general questions.

A thin correlation was observed between the visual analogue scale of pain and domain 1 (Physical) of -0.39 and domain 2 (psychological) of -0.38 .

In the absence of population studies to standardize each of the WHOQOL-bref items, the results obtained in this study were compared with a group of control volunteers

A significant difference was observed ($p \leq 0.001$) in which the control volunteers (average of 16.61 and standard deviation of 2.1) showed better quality of life on domain 1 (Physical) in elderly people (average of 13.65 and standard deviation of 2,41).

No significant difference was verified on Domain 2 between the control volunteer group (average of 15.58 and standard deviation of 2.1) and the elderly group (average of 15.04 and standard deviation of 2.32).

On Domain 3 (social relations) a significant difference was observed ($p \leq 0.02$) in which the control volunteer group (average 15.52 and standard deviation of 2.6)

showed better quality of life compared to the elderly group (average 14.39 and standard deviation of 3.15).

On Domain 4 (environment) a significant difference was observed ($p \leq 0.001$) in which the elderly group (average of 15.67 and standard deviation of 1.81) showed better quality of life on Domain 4, than the volunteer control group (average of 14.04 and standard deviation of 2.1).

DISCUSSION

The comparisons shown in this study sought to investigate physical, psychological, social and environmental characteristics in the influence of chronic pain in the quality of life of elderly people.

Just like in the literature, we could observe, after analyzing the research data, that osteoarticular disease was the factor that most often caused pain in the old patients in this sample.^{2,11}

As for the visual analogue scale for pain, we probably observed a thin correlation on the physical and psychological domain and no correlation in the social relations and environment domain, since it is a one-dimensional assessment instrument that only assesses pain intensity. In this study this scale was used for being an easy and quickly understood instrument with the purpose of obtaining and objective painful reference, which was considered moderate.¹

WHOQOL-bref showed good internal consistency on the values observed by the α Cronbach coefficient in all questions of the questionnaire.⁷

The ability to differentiate the elderly group from the control individuals was observed in the physical, social relations and environment domains, no significance having been obtained in the psychological domain. The non-differentiation in this domain can be understood by factors associated to the instrument or the sample being studied. On the other hand, it is possible that the psychological aspect is not yet necessarily affected by the disease condition when compared to the control individuals.⁷

Quality of life in the environmental aspect was higher in elderly people than in the control volunteer group, perhaps because of the inclusion criteria.⁷

By using WHOQOL-bref we showed the negative influence of chronic pain in the quality of life in the physical aspect and in the social relations of the elderly people studied. We observed that, in this sample, pain is associated to fatigue, sleep disorders and dependency on treatments or use of medication. Apart from that, it minimizes the capacity for work, for performing daily life activities, sexual activities and is associated to a reduction on the social support network.^{10,11,21,22}

The reduction of quality of life in the physical and social relations domain in elderly people with chronic pain may also affect the autonomy maintenance in elderly people, so that they may stop or limit the performance of their functions in everyday life, becoming dependant within a social, economical and cultural context.^{10,11,21,22}

FINAL CONSIDERATION

Ageing well depends on the balance between the individual's potential and limitations. Most of the information available about elderly people is characterized

by considering primarily the losses and limitations associated to this period of life and secondarily the development potential inherent to maturity.

It must be stressed that, in this sample, a moderate pain situation was observed evaluated by the visual analogue scale for pain, foreseeing a scenario of negative influences in the quality of life of these elderly people. Therefore, although at times the elder does not know how to express his pain properly, the health professionals must always remain attentive and use evaluation methods that may express the magnitude of the situation. Then the elderly may receive all the necessary health support.

The probability of getting old with good quality of life increases as a result of the proper performance of health service. Therefore, constant study is necessary in the area of quality of life of elderly people and the factors that may affect it. Therefore it will be possible to act in a preventive way in various diseases so the elderly people may have better conditions to prevent them in order to maintain their autonomy in everyday life.

Although WHOQOL-bref has a simple vocabulary and questions structured so as to make it easy for people with low educational level to read it and understand it, it is important to have an instrument focused on the assessment of quality of life of elderly people such as WHOQOL-OLD, which is being developed. That is because elderly people are different from other age groups as they have their own particular features which result in relevant specific characteristics regarding quality of life.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO

1. Albuquerque S. Envelhecimento Ativo: desafio dos serviços de saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos. Tese de Doutorado 2005; USP, SP.
2. Bookwala J, Parmelee P. Effects of Pain on Functioning and Well-Being in Older Adults with Osteoarthritis of the Knee. *Psychology and Aging* 2003;18(4): 844-50.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos; Controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
4. Carneiro R, Falcone E. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em estudo* 2004; 9 (1): 119-26.
5. Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 793-9.
6. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-83.

7. Fleck M. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998. Disponível em: www.ufrgs.com.br/psiq/whoqol.html (acessado 13.03.06).
8. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanesse A, Ntetu A, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2 (51): 1-12.
9. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Disponível em <http://www.ibge.gov.br> (acessado 13.03.06)
10. Gagliese L, Melzack R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003; 104: 597-08.
11. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70: 3-14.
12. Goldim J. Bioética e Envelhecimento. In: Freitas E, Py L, Néri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. RJ: Guanabara Koogan, 2002.
13. Hellström Y. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of advanced nursing* 2004; 48 (6): 584-93.
14. Jakobsson U, Hallenberg, I. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 430-43.
15. Jurado E, Figueroa, C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México* 2002; 44 (5): 449-63.
16. Hellström Y. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of advanced nursing* 2004; 48 (6): 584-93.

17. Miceli, A. A dor crônica e a subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48 (3): 363-73.
18. Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. *Pain* 2001; 1(3): 150-61.
19. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The who quality of life assessment instrument (whoqol-bref): The importance of items for cross-cultural research. *Quality of life research* 2001; 10:711-21.
20. Skevington, S. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research* 2002; 11: 135-44.
21. Skevington, S. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76: 395-06.
22. Turk D, Okifuji A, Scharff L. Chronic Pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995; 61: 93-101.
23. World Health Organization. Disponível em http://who.int/ageing/events/idiop_rationale/em/index.html (acessado em 01.10.05)
24. World Health Organization. WHOQOL-bref: Introduction, Administration, scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva, 1996.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é uma qualidade sensorial complexa e a não interrupção da sensação dolorosa pode afetar o indivíduo em aspectos físicos, limitando suas atividades de vida diária, profissionais, familiares e de lazer. Além disso, pode gerar sofrimento, isolamento social, desnutrição, entre outros.

A qualidade de vida do idoso pode sofrer alterações importantes, quando acrescenta-se dor crônica ao seu cotidiano. O envelhecimento com qualidade de vida depende do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo. A probabilidade de envelhecer com boa qualidade de vida aumenta em razão da adequada atuação dos serviços de saúde. Todavia, a dor crônica no idoso é um problema relevante e de difícil controle, muitas vezes, pela dificuldade de comunicação com o idoso e de sua compreensão quanto às orientações do profissional da saúde.

Para evitar orientações mal interpretadas pelo idoso, a demanda aumentada aos serviços de saúde por não conseguirem julgar adequadamente sua dor, faz-se necessário o estudo constante, na área de qualidade de vida no idoso e nos fatores que possam influenciá-la. Assim, será possível atuar preventivamente nas diversas doenças para que o idoso tenha melhores condições de preveni-las, para que continuem a ter autonomia no seu cotidiano.

É importante a existência de um instrumento direcionado para a avaliação da qualidade de vida que contemple a população idosa, como o WHOQOL-OLD que está em desenvolvimento. Isso porque, os idosos apresentam questões

pertinentes a sua faixa etária, em virtude de seus valores e experiências de vida, apresentando especificidades relevantes para a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gagliese L, Melzack, R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003; 104: 597-08.
2. Gagliese L, Melzack, R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70: 3-14.
3. Skevington S. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76: 395-06.
4. Turk D, Okifuji A, Scharff L. Chronic Pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995; 61: 93-101.
5. Blyth F, March L, Brnabic A, Cousins M. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004; 111: 150-61.
6. Jakobsson U, Hallenberg, I. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 430-43.
7. Bookwala J, Parmelee P. Effects of Pain on Functioning and Well-Being in Older Adults with Osteoarthritis of the Knee. *Psychology and Aging* 2003; 18(4): 844-50.
8. Fisher M, Snih S, Glenn O, Goodwin J. Positive Affect and disability Among Older Mexican Americans with Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2004; 51(1): 34-39.
9. Dominick K, Ahern F, Gold C, Heller D. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health and Quality of Life* 2004; 2 (5): 1-8.

10. Christian A, Thomas J, Nisenbaum M, Jeu L. Practical considerations in the assessment and treatment of pain in adults with physical disabilities. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2005; 16: 57-90.
11. Ashbum M, Staats P. Management of chronic pain. *The Lancet* 1999; 353(29): 1865-69.
12. Becker N, Thomsen A, Olsen A, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73: 393-400.
13. Lamé I, Madelon L, Vlaeyen J, Kleef M, Patijn J. *European Journal of Pain* 2005; 9:15-24.
14. Ahmed M, Matsumura B, Crisitan A. Aged-related changes in muscles and joints. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2005; 16:19-39.
15. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic disease, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002; 55: 364-70.
16. Gold D, Roberto K. Correlates and consequences of chronic pain in older adults. *Geriatric Nursing* 2000; 5 (21): 270-73.
17. LeFort S, Gray-Donald K, Rowat K, Jeans M. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain* 1998; 74: 297-306.
18. Edwards R, Fillingim R, Ness T. Aged-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. *Pain* 2003; 101: 155-165.

19. Trentini C, Qualidade de Vida em Idosos. Tese de Doutorado: UFRGS, RS; 2004.
20. Gámiz M ,Scamez J. Health-related quality of life in patients over sixty years old with benign paroxysmal positional vertigo. *Gerontology* 2004; 50(2): 82-86.
21. Richter J, Scharz M, Eisemann M, Bauer B. Quality of life as an indicator for successful geriatric in patient rehabilitation-a v study of the "vienna list". *Arch Gerontol. Geriatr* 2003; 37(3): 276.
22. Winn P, Dentino A . Effective pain management in the long-term care setting. *JAMDA* September/October; 2004.
23. Elliott A, Smith B, Penny K, Smith W, Chambers W. The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet* 1999; 354(9): 1248-52.
24. Foley D, Israel S, Britz P, Walsh . Sleep disturbances and chronic disease in older adults results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 26: 497-502.
25. Paschoal S. Qualidade de Vida. In:Freitas E, Py L, Neri A, Cançadop F, Gorzoni M, Rocha S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Guanabara Koogan, RJ; 2002.
26. Hopman-Rock M, Kraaimaat F, Bijlsama. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Quality of Life Research* 1997; 6: 67-76.
27. World Health Organization. Disponível em http://who.int/ageing/events/idiop_rationale/em/index.html (acessado 01.10.05)

28. Helme R. Chronic pain management in older people. *European Journal of pain* 2001; 5(A): 31-6.
29. Goldstein N, Morrison R. Treatment of pain in older patients. *Critical Reviews in Oncology/hematology* 2005; 54: 157-64.
30. Closs S. Assessment of pain in older people – the key to effective management. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2005; 16: 40-5.
31. Giordano S. Respect for equality and treatment of the elderly: Declarations of Human Rights and Aged-Based Rationing. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2005; 14(1): 83-92.
32. Siciliano P, Burrage R. Chronic pain in the elderly: a continuing education program for certified nursing assistants. *Geriatric Nursing* 2005; 26(4): 253-58.
33. Chodosh J, Solomon D, Roth C, Chang J, MacLean C, Ferrell B, et al. The quality of medical care provided to vulnerable older patients with chronic pain. *JAGS* 2004; 52:756-61.
34. Paschoal, S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. *Dissertação de mestrado* 2000; USP, São Paulo.
35. Kalache A, Veras R, Ramos L. O Envelhecimento da população Mundial. Um desafio Novo. *Rev Saúde Pública* 1987; 21 (3): 200-10.
36. Reinhardt J, Boerner K, Benn D. Predicting individual change in support over time among chronically impaired older adults. *Psychology and Aging* 2003; 18(4): 770-79.
37. Goldim J. Bioética e Envelhecimento. In: Freitas E, Py L, Néri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. RJ:

- Guanabara Koogan, 2002.
38. Neri A. E por falar em boa velhice. Campinas, SP: Papyrus; 2000.
39. Rothermund K, Brandtstädter J. Psychology and Aging 2003; 18(4): 896-905.
40. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública 2003; 37(3): 364-71.
41. Schalock R. The concept of quality of life: what we know and do not know. Journal of Intellectual Disability Research 2004; 48(3): 203-16.
42. Fleck M. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998. Disponível em: www.ufrgs.com.br/psiq/whoqol.html (acessado 13.03.06).
43. Carr A, Higginson. Measuring quality of life: are quality of life measures patient centred? BMJ 2001; 322: 1357-60.
44. Moraes M. Avaliação da eficácia de um programa de reabilitação como modificador nos indicadores de dor e de qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica inespecífica. Tese de doutorado. UNICAMP, SP; 2003.
45. Skevington, S. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. Quality of Life Research 2002; 11: 135-44.
46. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. Eur Psychiatry 1997; 12(3): 263-66.

47. Fanciullo G; Jamison, R; Chawarski, M. Interactive computer method for rating quality of life: comparison of chronic pain patients and healthy controls. *Pain medicine* 2001; 2 (4): 298-308.
48. Jurado E, Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México* 2002; 44 (5): 449-63.
49. Mandzuk L, McMillan D. A concept analysis of quality of life. *Journal of orthopaedic nursing* 2005; 9: 12-8.
50. Bergh I, Gunnarsson M, Allwood J, Odén A, Sjöström B, Steen B. Descriptions of pain in elderly patients following orthopaedic surgery. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 110-18.
51. Hyland M. A brief guide to the selection of quality of life instrument. *Health and quality of life outcomes* 2003; 24 (1): 1-5.
52. Gummesson C, Atroshi I, Ekdahl C. Performance of health-status scales when used selectively or within multi-scale questionnaire. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3(3): 1-5.
53. Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. *Pain* 2001; 1(3): 150-161.
54. Miceli, A. A dor crônica e a subjetividade em oncologia. *Rev Brasileira de Cancerologia* 2002; 48 (3): 363-73.
55. Sousa F. Dor: o quinto sinal vital. *Ver Latino-am Enfermagem* 2002; 10(3): 446-7.
56. Dworkin R, Turk D, Farrar J, Haythornthwaite J, Jensen M, Katz N. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005; 113: 9-19.

57. King T. The definition and assessment of pain. American College of Nurse-Midwives 2004; 49 (6): 471-2.
58. Lung F, Huang Y, Shu B, Lee F. Parenteral rearing style, premorbid personality, mental health and quality of life in chronic regional pain: a causal analysis. Comprehensive Psychiatric 2004; 45 (3): 206-12.
59. Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev Saúde Pública 2003; 37 (6): 793-9.
60. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública 2000; 34 (2):178-83.
61. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras. Psiquiatr 1999; 21(1):19-28.
62. Saxena, S, Carlson D, Billington, R, Orley J. The who quality of life assessment instrument (whoqol-bref): The importance of items for cross-cultural research. Quality of life research 2001; 10:711-21.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este é um trabalho de pesquisa sobre o que os idosos com diagnóstico de dor crônica, acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isso, gostaria de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com os amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaria de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se o(a) senhor (a) tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Pesquisadora Marta Lorenzini telefone para contato 32302610 ou 81168714

Data:

Nome do entrevistado:.....

Assinatura:

Nome do Pesquisador:

Assinatura:

ANEXO II

ESCALA ANÁLOGO VISUAL DE DOR

SEM DOR



PIOR DOR
MAGINÁVEL

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema 00	Problema nervoso crônico ou emocional 10
Problema de coração 01	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada) 11
Pressão alta 02	Hemorroidas ou sangramento no ânus 12
Artrite ou reumatismo 03	Doença de Parkinson 13
Câncer 04	Gravidez 14
Enfisema ou bronquite 05	Depressão 15
Diabetes 06	Doença de pele 16
Catarata 07	Queimaduras 17
Derrame 08	Problema de álcool ou drogas 18
Osso quebrado ou fraturado 09	Outros (especificar).....

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchido pelo entrevistador)

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento (1)

Ambulatório (2)

Internação (3)

ANEXO IV**WHOQOL - ABREVIADO**

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA**

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil**

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços	1	2	3	4	5

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

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

		Nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO