



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

FLAVIA GUILHERME GONÇALVES ZIEGLER

**A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO
FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA
MUSCULOESQUELÉTICA**

LONDRINA

2020



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FLAVIA GUILHERME GONÇALVES ZIEGLER

**A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO
FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA
MUSCULOESQUELÉTICA**

Tese apresentada para banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera

LONDRINA

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

ZIEGLER, FLAVIA GUILHERME GONÇALVES.

A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA / FLAVIA GUILHERME GONÇALVES ZIEGLER. - Londrina, 2020.
157 f. : il.

Orientador: Marcos Aparecido Sarria Cabrera.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Atenção à saúde do idoso - Tese. 2. Dor Crônica - Tese. 3. Fisioterapia - Tese. 4. Autoeficácia - Tese. I. Sarria Cabrera, Marcos Aparecido . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

FLAVIA GUILHERME GONÇALVES ZIEGLER

**A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS
POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA**

Tese apresentada para banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Mara Solange Gomes Dellarozza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Selma Maffei de Andrade
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Camilo Molino Guidoni
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Juleimar Soares Coelho de Amorim
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do
Rio de Janeiro

SUPLENTE

Prof. Dr. Edmarlon Girotto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Celita Salmaso Trelha
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 23 de novembro de 2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente a minha mãe, pelo
apoio incondicional e amoroso ao longo de todos os
meus anos de estudo.

A Rudolf, meu esposo, por todo o companheirismo, a
cumplicidade e o amor.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta tese é motivo de muita gratidão.

Primeiramente, a Deus, pela presença constante e por me guiar pelos caminhos da Saúde Coletiva.

A todas as pessoas que, neste período de doutoramento, me apoiaram e por mim torceram: familiares, marido, sogros, amigos, chefias, colegas de trabalho, alunos e pacientes.

Ao orientador, Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera, pelo entusiasmo e pela dedicação que fizeram a pesquisa fazer ainda mais sentido.

Aos idosos que gentilmente participaram deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por ter aceitado essa pesquisa e por ter flexibilizado a minha jornada de trabalho.

Às alunas do Centro Universitário Filadélfia, integrantes desta pesquisa, e à coordenadora do Curso de Fisioterapia, por toda compreensão e pelos ajustes na minha carga horária.

A todos do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, que há tanto tempo me acolhem e me transformam.

Aos colegas Douglas Dias, Renne Rodrigues e Andréa Akemi Morita, que me auxiliaram em diversos momentos, seja na elaboração do instrumento de coleta, seja na análise dos dados.

Às bancas de qualificação e defesa, que gentilmente aceitaram o convite e foram fundamentais para que se imprimisse um olhar mais refinado sobre o tema.

Enfim, a todos que direta e indiretamente contribuíram para que esse dia chegasse.

*“Se, na verdade, não estou no mundo para
simplesmente a ele me adaptar, mas para
transformá-lo;*

*Se não é possível mudá-lo em um certo sonho
ou projeto de mundo, devo usar toda
possibilidade que tenha não apenas para falar
de minha utopia, mas participar de práticas
com ela coerentes”*

(Paulo Freire)

RESUMO

ZIEGLER FGG. A utilização de tratamentos não farmacológicos por idosos com dor crônica musculoesquelética. 2020. 156 f. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Londrina. 2020.

RESUMO

Com o envelhecimento populacional, é esperado o aumento da prevalência de dores crônicas, o que pode interferir na qualidade de vida dos idosos. As dores musculoesqueléticas estão entre as causas mais frequentes de procura médica; sua abordagem deve ser multidisciplinar, envolvendo tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. **Objetivo:** Caracterizar a utilização de tratamentos não farmacológicos para o alívio das dores crônicas de idosos da comunidade e sua autoeficácia frente à essa condição. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal com amostra não probabilística de sujeitos acima de 60 anos, com dor crônica musculoesquelética, residentes na área urbana do município de Londrina, PR, atendidos pelo serviço de Atenção Primária à Saúde e encaminhados para a avaliação especializada com ortopedista entre abril 2016 e abril 2017. Foi realizado inquérito domiciliar, por meio de questionário composto de informações para caracterização sociodemográfica, caracterização da dor – por meio do instrumento Inventário Breve de Dor e da Escala de LANSS, foi medida a autoeficácia pela Escala de Autoeficácia para dor crônica e, por fim, foram elaboradas questões simples para caracterizar o tratamento não farmacológico utilizado e a crença no exercício físico como tratamento para o alívio da dor. Para a análise descritiva, usou-se a frequência absoluta e relativa, enquanto que, para a análise bivariada, foi utilizado o teste Qui-quadrado. As variáveis sexo, escolaridade e renda familiar foram predefinidas como variáveis de ajuste dos modelos. As Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson com ajuste por variância robusta. Para análise de dados não paramétricos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney-U, apresentando a distribuição por meio das medianas e dos intervalos interquartílicos. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram entrevistados 193 idosos, dos quais 70,5% eram do sexo feminino, 60,6% possuíam o ensino fundamental incompleto e 82,4% tinham renda familiar de até 2 salários mínimos. O tratamento não farmacológico foi solicitado para 172 idosos e as abordagens mais utilizadas para as dores crônicas musculoesqueléticas foram fisioterapia (72,5%), seguida por nutrição (19,7%), práticas integrativas e complementares (20%), educação física (6,2%) e psicologia (5,2%). A autoeficácia foi mais bem avaliada por idosos que moravam sós, por aqueles com a faixa etária acima de 70 anos e por aqueles com dor exclusivamente nociceptiva. **Consideração final:** Foi evidenciado que, entre os tratamentos não farmacológicos, o mais utilizado foi a fisioterapia. Além disso, a dor com predomínio nociceptivo esteve associada com a melhor tolerância do exercício físico e melhor autoeficácia. Apesar de muitos idosos não terem realizado alguma modalidade de tratamento não farmacológico para o alívio de suas dores, para o adequado manejo da dor crônica, faz-se necessária uma avaliação adequada, além de uma abordagem multidisciplinar que seja capaz de possibilitar a autonomia e a independência do idoso, ainda que na presença de limitações devido ao quadro algico.

Palavras-chave: Dor crônica. Serviços de saúde para idosos. Equipe interdisciplinar de saúde. Autoeficácia.

ABSTRACT

ZIEGLER FGG. The use of non-pharmacological treatments by elderlies with musculoskeletal chronic pain. 2020. 156 f. Doctorate Thesis – Universidade Estadual de Londrina. 2020.

ABSTRACT

Due to populational ageing an increase of chronic pain prevalence is to be expected, which might interfere substantially in elderly's life quality. Musculoskeletal pain is one of the most frequent causes for patients to seek medical care and its treatment must be multidisciplinary, involving both pharmacological and non-pharmacological treatments. Objective: To characterize the use of non-pharmacological treatments for the relief of chronic pain in elderlies from the community and these subject's self-efficacy related to pain. Methods: It's a cross-sectional study of a non-probabilistic sample featuring subjects above 60 years old, all resident in the urban area of Londrina, Paraná, bearing musculoskeletal chronic pain. All treated by the Primary Health Care services and referred to orthopedic specialized evaluation between April 2016 and April 2017. A household survey was conducted through a questionnaire filled with information for sociodemographic characterization, pain characterization - using the Brief Pain Inventory instrument and the LANSS Scale, self-efficacy was measured using the Self-Efficacy Scale for chronic pain and, finally, simple questions were designed to characterize the non-pharmacological treatment used and the belief in physical exercise as a treatment for pain relief. For the descriptive analysis both absolute and relative frequency distribution were used, whilst for the bivariate analysis a chi-squared test was used. The variables sex, schooling and family income were predetermined as model adjustment variables. The gross and adjusted Prevalence Ratios (PRs) were obtained by Poisson regression with a robust adjustment of variance. For the non-parametric data analysis, the Mann-Whitney-U test was used, presenting the distribution by means of the medians and the interquartile ranges. Results: 193 elderlies were interviewed, from which 70,5% were female, 60,6% had not finished primary school and 82,4% had a family income up to two minimal wages. The non-pharmacological treatment was prescribed for 172 elderlies and the most used approaches for musculoskeletal chronic pain were physiotherapy (72.5%), followed by nutrition (19.7%), integrative and complementary practices (20%), physical education (6.2%) and psychology (5.2%). Self-efficacy was better rated by elderlies who lived alone, by those in the age group above 70 and by those who were classified with exclusively nociceptive pain. Conclusion: Clearly, among non-pharmacological treatments, the most used was physiotherapy. Moreover, nociceptive pain has been associated with better exercises tolerance and self-efficacy. Many elderlies did not have access to any sort of non-pharmacological approach for the relief of chronic pain, which is necessary, once the chronic pain complexity deserves to be taken care by a multidisciplinary team in order to guarantee autonomy, independence and the wellbeing of these population, despite the limitations resulting from pain condition.

Key Words: Chronic pain. Health services for the aged. Patient care team. Self-efficacy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Fatores que influenciam a dor crônica..... | 26 |
| Figura 2 - Mapa territorial da área urbana do município de Londrina..... | 51 |
| Figura 3 - Diagrama de fluxo da seleção dos participantes da pesquisa..... | 51 |
| Figura 4 - Diagrama de fluxo dos idosos entrevistados..... | 52 |

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Tamanho da amostra necessária para analisar idosos da comunidade com dor crônica, de acordo com os desfechos de interesse, Londrina, 2017..... | 50 |
|--|----|

ARTIGO 1

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização das condições sociodemográficas, da dor e do tratamento com fisioterapia em idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética, segundo sexo..... | 63 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Tabela 2 - Caracterização da dor de idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética, segundo período de acompanhamento com fisioterapia – até 6 meses ou acima de 6 meses..... | 65 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Tabela 3 - Prevalência da utilização de fisioterapia acima de 6 meses, por idosos com dor crônica musculoesquelética, de acordo com variáveis sociodemográficas, características da dor e tratamentos utilizados ajustados por sexo e faixa etária..... | 67 |
|--|----|

ARTIGO 2

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e da dor de idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética, segundo sexo. Londrina, 2020..... | 78 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Tabela 2 - Autoeficácia de idosos com dor crônica musculoesquelética, de acordo com variáveis sociodemográficas, obesidade, características da dor, profissionais e crenças sobre o exercício físico, Londrina, 2020..... | 81 |
|--|----|

APÊNDICE E

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Resultados gerais das variáveis dos idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética em relação ao sexo. Londrina, 2020..... | 120 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Tabela 2 - Variáveis de intensidade, interferência e autoeficácia na dor crônica de idosos da comunidade, por sexo. Londrina, 2020..... | 126 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos idosos obesos ($IMC \geq 30$ Kg/m ²) e não obesos ($29,9 \leq IMC$ Kg/m ²) com dor crônica musculoesquelética, Londrina, 2019..... | 127 |
|--|-----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

| | |
|-----------------------------|---|
| AINES | Analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides |
| Aδ | Alfa-gama |
| AMS | Autarquia Municipal de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentação Ética |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CID-11 | 11ª Classificação Internacional de Doenças |
| CISMEPAR | Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DGTES | Diretoria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde |
| DRAS | Diretoria de Regulação da Assistência em Saúde |
| IASP | Associação Internacional de Estudos para a dor |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| LANSS | Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain |
| MC | Medicina complementar |
| MCA | Medicina complementar alternativa |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PICS | Práticas Integrativas e Complementares |
| PR | Paraná |
| SPSS | Statistical Package of Social Science |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 243 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 27 |
| 2.1 CLASSIFICAÇÃO E FISIOLOGIA DA DOR CRÔNICA | 28 |
| 2.2 A DOR NO IDOSO | 29 |
| 2.3 A DOR NO IDOSO SOB A ÓPTICA DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 311 |
| 2.4 TRATAMENTOS NÃO INTERVENZIONISTAS PARA A DOR CRÔNICA | 333 |
| 2.4.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO | 333 |
| 2.4.2.1 FISIOTERAPIA | 344 |
| 2.4.2.2 PSICOTERAPIA | 355 |
| 2.4.2.3 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL | 366 |
| 2.4.2.4 EDUCAÇÃO EM DOR | 377 |
| 2.4.2.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES | 377 |
| 2.5 A AUTOEFICÁCIA | 38 |
| 2.6 OS CUSTOS COM A DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA | 39 |
| 2.7 A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DIALÓGICA DE APOIO AOS IDOSOS COM DOR CRÔNICA | 411 |
| 2.8 PANORAMA DO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA NA REGIÃO DE LONDRINA | 422 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 454 |
| 4. OBJETIVOS | 476 |
| 4.1 GERAL | 477 |
| 4.2 ESPECÍFICOS | 477 |
| 5. MÉTODO | 48 |
| 5.1 DELINEAMENTO | 49 |
| 5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 49 |
| 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 522 |
| 5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS | 522 |
| 5.5 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO | 544 |
| 5.6 ANÁLISE | 544 |
| 5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 555 |

| | |
|---|-------|
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 576 |
| ARTIGO 1 - REVISTA FISIOTERAPIA EM MOVIMENTO | 58 |
| ARTIGO 2 – REVISTA GERIATRICS, GERONTOLOGY AND AGING | 755 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 89 |
| REFERÊNCIAS | 943 |
| APÊNDICES | 10809 |
| APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DOR CRÔNICA | 1088 |
| APÊNDICE B – CRENÇA SOBRE O EXERCÍCIO FÍSICO | 1122 |
| APÊNDICE C - MODELOS VISUAIS | 1133 |
| APÊNDICE D – QUADRO SÍNTESE DAS VARIÁVEIS | 1155 |
| APÊNDICE E – TABELA GERAL DOS RESULTADOS | 12020 |
| ANEXOS | 13030 |
| ANEXO A - PROTOCOLO DE ATENDIMENTOS EM ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA | 13031 |
| ANEXO B - INVENTÁRIO BREVE DE DOR | 1455 |
| ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE LANSS | 1477 |
| ANEXO D - ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA PARA DOR CRÔNICA | 14949 |
| ANEXO E - FOLHA DE ROSTO | 1522 |
| ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA | 1533 |
| ANEXO G – NÚMERO DO PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP | 1544 |
| ANEXO H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 1555 |
| ANEXO I – FOLHA DE ROSTO DO ARTIGO - AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES DE AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA | 1577 |

1. INTRODUÇÃO

A dor está historicamente presente na vida do ser humano e é considerada um dos grandes desafios da ciência, devido às suas múltiplas implicações, pois, após cumprir o seu papel biológico como sinal de alerta, a dor não deveria ser causa de sofrimento desnecessário (MATOS, 2012).

Considerada como uma das maiores causas de procura médica (LATINA, 2013), estima-se que 80% da população mundial procure algum sistema de saúde por esse motivo (KERNS et al., 2003). Ao avaliarem um sujeito com dor aguda, os profissionais de saúde devem ser bastante cautelosos, afinal a falta de diagnóstico e tratamento adequado nesta fase pode favorecer a cronificação da dor e o agravamento de sua apresentação clínica (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007).

Por muitos anos, a definição de dor mais aceita e utilizada, de acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1979), foi: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. No entanto, em 2018, iniciou-se um movimento para revisão dessa definição, a qual, em 2020, passou a vigorar como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (SBED, 2020). No entanto, apesar de essa nova definição procurar abranger tanto dor aguda, quanto dor crônica, é importante ressaltar que as características diferenciadas da dor crônica também movimentaram uma revisão, com nova classificação desse tipo de dor, a qual será utilizada a partir da próxima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (RIEF et al., 2010).

A nova classificação para a cronicidade da dor foi dividida em 7 grupos: 1) dor crônica primária, 2) dor oncológica, 3) dor pós-traumática e pós-operatória crônica, 4) dor neuropática crônica, 5) cefaleia crônica e dor orofacial, 6) dor visceral crônica e 7) dor musculoesquelética crônica (SMITH et al., 2019).

A dor crônica se apresenta como uma experiência complexa e multidimensional envolvendo componentes comportamentais, afetivos, sociais, cognitivos e de crenças (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012), além de ter duração persistente ou recorrente num período acima de três meses (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

Com o envelhecimento populacional, haverá um aumento da prevalência de doenças musculoesqueléticas e do número de pessoas com incapacidades (MIRANDA; MENDES e

SILVA, 2016). No Brasil, estima-se que a dor crônica acometa entre 29,7% e 62,2% dos idosos (DELLAROZA et al., 2013; SANTOS et al., 2015).

Nos últimos anos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) evidenciaram que a doença crônica de coluna é uma das principais causas de incapacidades e que, com o passar dos anos, há aumento dessa prevalência, principalmente nos indivíduos acima de 60 anos, de ambos os sexos (BARROS et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2015).

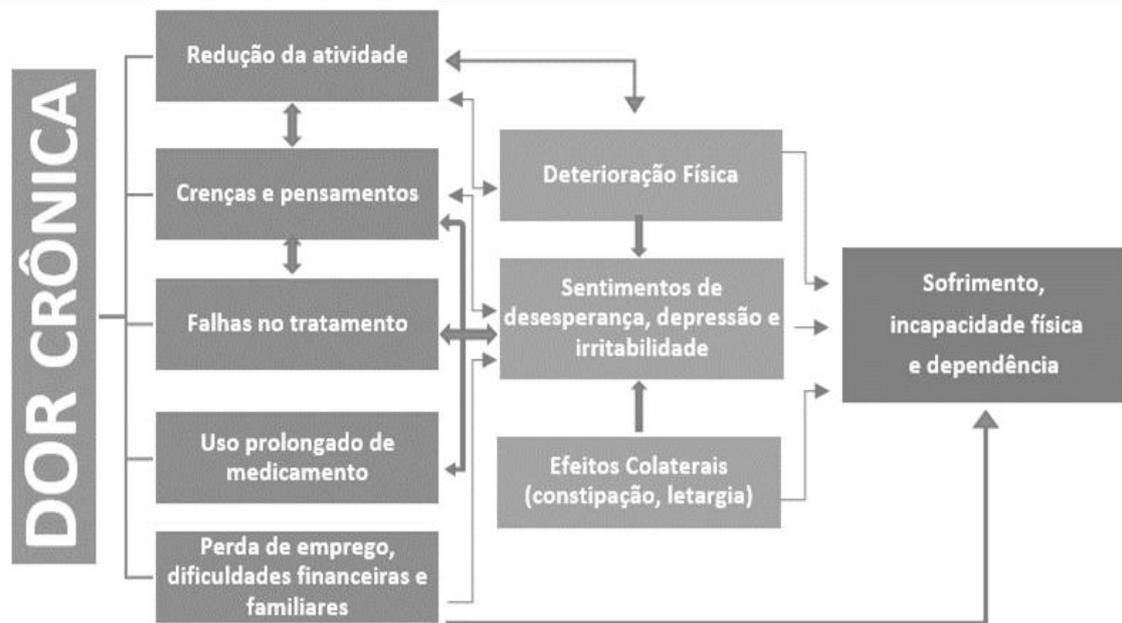
Do ponto de vista sanitário e social, as dores crônicas musculoesqueléticas produzem um impacto considerável, tanto nos custos diretos com o tratamento, com consultas e exames diagnósticos, como nos indiretos, com as licenças e os afastamentos do trabalho (LÁZARO et al., 2014), além disso, essas dores crônicas provocam demanda alta e recorrente por serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

No Brasil, em 2012, por meio da Portaria nº 1083, de 2 de outubro de 2012, foi elaborado o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, para direcionar estados e municípios no manejo e na regulação dos indivíduos com esse agravo, atualizando os conceitos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses indivíduos (BRASIL, 2012).

Embora o alívio da dor faça parte de um direito fundamental à saúde, nota-se que muitas pessoas com dores crônicas enfrentam problemas socioeconômicos, seja por maiores dificuldades em trabalhar e gerar renda, como também por necessitarem arcar com os custos relacionados aos fármacos, aos procedimentos e aos exames solicitados, os quais muitas vezes não estão disponíveis pelo serviço público de saúde ou, quando disponíveis, não são ofertados no momento oportuno.

Não obstante, durante a experiência da dor, algumas pessoas podem ter seus comportamentos alterados, interferindo em suas atividades rotineiras (NARDI; CROSATO; BIAZEVIC, 2006). Cada indivíduo responde diferentemente a um estímulo doloroso; a incapacidade e o sofrimento causados pela dor crônica podem ser influenciados por questões subjetivas, cognitivas, afetivas e sociais (SARDÁ JR, 2015) (Figura 1).

Figura 1: Fatores que influenciam a dor crônica



Fonte: Sardá Jr, 2015

A prática da medicina é uma parte da sociologia e um produto de fatores sociológicos. Ainda não estamos conscientes disso, nem das inúmeras perspectivas e desdobramentos que essa visão integral pode proporcionar (SINGER, 1940)

A dor crônica nos idosos é considerada um desafio para os serviços de saúde, onde ainda se encontram muitos casos subdiagnosticados e subtratados (BERSANI; MORAES; SANTOS, 2016). Para o seu manejo, é fundamental o apoio de uma equipe multidisciplinar, pois, além de envolver componentes biológicos, psicológicos e sociais (GATCHEL et al., 2014), o tratamento é realizado por meio de medidas não intervencionistas (terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas) (SANTOS; SANTOS, 2016) e medidas intervencionistas (procedimentos como bloqueios, radiofrequência, liberação de fármacos por neuroestimulação) (MINSON; MORETE; MARANGONI, 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A presente seção busca construir uma base conceitual sobre a dor crônica e como ela se dá na vida do idoso, especialmente no idoso residente em território brasileiro, o qual é regido por um sistema de saúde universal.

Apesar de os estudos da dor estarem, predominantemente, relacionados ao campo da biomedicina – a qual visa a compreensão e a análise dos aspectos neurofisiológicos do diagnóstico, da investigação e do tratamento (BENDELOW; WILLIAMS, 1995), sabe-se que a dor também é uma experiência complexa, influenciada e percebida de acordo com o contexto sociocultural e o comportamento de quem a vivencia (CALLISTER, 2003).

Portanto, esse referencial busca não só focar nos aspectos biológicos, mas também em aspectos que demonstrem como a experiência da dor pode interferir na autoeficácia dos idosos.

2.1 CLASSIFICAÇÃO E FISIOLOGIA DA DOR CRÔNICA

A dor crônica pode ser definida como uma dor persistente ou recorrente com duração acima de 3 meses (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

As fases que produzem a dor podem ser divididas em quatro: a primeira é a nocicepção, em que acontece a modulação e a percepção de estímulos da dor; a segunda, a transmissão da dor, representada pelas fibras A δ , de menor calibre, com velocidade mais rápida, as quais geralmente conduzem a dor aguda e, as fibras C, amielínicas, com velocidade mais lenta de condução da dor crônica, sendo que ambas são projetadas da periferia para o corno dorsal da medula, dos tratos espinhais até o córtex (BAEHR; FROSTCHER; DUUS, 2015). A terceira fase seria a de modulação pelas vias nervosas da medula vertebral; e, por fim, a quarta é a percepção quando a medula transmite sinal de dor para o córtex (RASTOGI; MEEK, 2013).

Os nociceptores são terminações nervosas livres, especializadas em receber os estímulos potencialmente nocivos. Podem ser encontrados na pele, nos músculos, nas vísceras e no tecido conjuntivo (SAVARESE; SANTANA, 2015; MORETE; ROSSATO, 2015). Eles podem ser classificados como específicos para estímulos térmicos e mecânicos, sendo conduzidos pelas fibras A δ , ou polimodais, que respondem a estímulos mecânicos, químicos ou térmicos de intensidade nociva, conduzidos pelas fibras C (LENT, 2010).

Como existem vários receptores e neurotransmissores durante em toda essa via da percepção da dor, qualquer alteração nesses processos é alvo para seu manejo. Por isso, a dor pode ser classificada de acordo com os mecanismos fisiopatológicos: dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto.

A dor crônica nociceptiva provém de uma estimulação prolongada quando o mecanismo de recepção e transmissão central ocorre de forma adequada, mas o estímulo contínuo faz com que a dor persista (LEMOS, 2007). Pode estar associada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares (BENNET et al., 2006) e, geralmente, para o alívio desse tipo de dor, são prescritos analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES).

Já a dor crônica neuropática decorre de uma lesão ou disfunção neural em qualquer região do sistema nervoso, seja o periférico, o central ou o autonômico. Pode estar relacionada ao dano de nervos periféricos com mecanismos de compressão – da bainha de mielina a alterações na neuroplasticidade (LEMOS,2007) –, assim como pode ser desencadeada por mecanismos de respostas inflamatórias, como na degeneração discal (BARON; BINDER,2004). Além disso, essa dor tem pouca resposta aos analgésicos convencionais (KESSLER,2017), porém responde a tratamentos com antidepressivos e anticonvulsivantes (BARON; BINDER, 2004).

Por fim, na dor mista, há o envolvimento de diferentes mecanismos dos componentes da dor, tanto nociceptivo quanto neuropático (BARON; BINDER, 2004).

Diante disso, distinguir os diferentes tipos de dor não é simples, afinal, o sistema de dor não é estático e muda de forma dinâmica e imprevisível sempre que é ativado (SCHESTATSKY, 2011). Ressalta-se, por fim, que fatores sensoriais e afetivos podem apresentar maior influência na percepção da dor crônica de indivíduos geriátricos (SANTOS et al., 2006).

2.2 A DOR NO IDOSO

O aumento da expectativa de vida populacional traz consigo o aumento da prevalência de doenças crônicas e das dores. Estudos apresentam o aumento da prevalência de dor crônica na população acima de 60 anos, variando entre 51% e 67%, sendo as dores musculoesqueléticas as mais comuns (VALERO; FARIA; LUCCA, 2016).

A doença articular mais prevalente entre os idosos é a osteoartrite (SANTOS; SANTOS, 2016), sendo que sua localização mais frequente é percebida em membros inferiores, seguida por região lombar (PEREIRA et al., 2014), com maior incidência entre as mulheres, o que causa importantes alterações na mobilidade e na funcionalidade (OLIVEIRA et al., 2017).

A dor crônica proporciona ao idoso uma situação de fragilidade, caracterizada por um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante da diminuição de reservas de energia (VALERO; FARIA; LUCCA, 2016). Essa condição, na maioria das vezes, faz com que os idosos dependam de outras pessoas para realizarem as atividades do cotidiano, reduzindo sua autonomia e, principalmente, sua independência.

Com o correr dos anos, o organismo apresenta diversas modificações do sistema nervoso, as quais alteram a anatomia e a fisiologia nociceptiva (MIGUEL, 2015). Essas características, entre as várias condições comuns aos idosos, podem levar ao tratamento inadequado da dor crônica. Neste contexto, observa-se a polifarmácia, a piora do condicionamento físico, um processo de reabilitação mais lento, além de disfunções cognitivas e nutricionais (OLIVEIRA et al., 2017).

A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes a realização de atividades da vida diária (RASTOGI; MEEK, 2013), bem como limitando sua capacidade de participação na comunidade e reduzindo a interação e o convívio social – situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida (CELICH; GALON, 2009). Os idosos poderão, ainda, desenvolver baixa autoestima, a qual poderá levá-los a sofrimentos psíquicos, maior isolamento e sensação de incapacidade funcional (OLIVEIRA, 2017).

Além disso, Good et al. (1994) observam que a experiência da dor crônica não interfere somente na vida de quem a sente, mas também em todo o universo social da pessoa, afetando a vida de toda a família, dos amigos mais próximos, do cuidador, entre outros. Reconhecendo que essa condição modifica sua dinâmica social, muitos idosos trazem em sua vivência álgica a atitude de suportar a dor, de não a manifestar ou de fazê-la de modo contido e controlado (BERNARDES; LIMA; PAULINO, 2010), impedindo, muitas vezes, de se obter o tratamento adequado.

2.3 A DOR NO IDOSO SOB A ÓPTICA DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ao considerar os princípios e as diretrizes do SUS, depara-se com as bases de funcionamento e organização do sistema nacional de saúde, levando em conta a concepção ampliada de saúde, a qual não resume o SUS à prestação de serviços assistenciais, mas reforça seu papel constitucional pela garantia da saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, CF, Art. 196). Os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade conferem a legitimação desse sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2009)

A dor e o idoso são objetos frequentes de análise no campo da saúde coletiva; no entanto, ainda é preciso compreender melhor a organização do modelo assistencial, para que se possa produzir o adequado acolhimento e o diálogo com o idoso que vivencia a dor, pois o atual modelo ainda privilegia o cuidado da doença como processo em detrimento da doença como experiência, descuidando, assim, da singularidade existente em cada caso (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2015). Dessa forma, ao atenderem o idoso, os profissionais precisam atentar-se a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 1999).

De modo geral, a busca por serviços de saúde devido as dores crônicas é bastante significativa entre a população geriátrica (DELLAROZA et al., 2013) e, além disso, bastante custosa, não só devido à alta demanda, mas também pela necessidade de exames complementares, tratamento medicamentoso e não medicamentoso e, quando imprescindível, internação (MALTA et al., 2017).

Para que o acesso universal se concretize para os idosos com dor crônica que dependam exclusivamente do serviço público de saúde, é imperativo que, na falta de determinado tratamento no serviço na rede pública, ele seja oportunizado, por meio de convênios ou contratos estabelecidos pelos gestores municipais, estaduais e federais (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Muitas vezes o acesso é dificultado por inúmeros entraves, entre eles o déficit de recursos humanos, condição fundamental para a garantia do acesso universal, (OLIVEIRA et al., 2017) ou o financiamento insuficiente e desigual, entre outros (CAMPOS, 2006). No entanto, na busca pelo tratamento da dor, verifica-se a utilização tanto do serviço público

quanto do privado, sendo que a clientela deste acaba sendo privilegiada com acesso aos dois sistemas, o que dificulta a viabilização da equidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2012f; SOUSA, 2014).

Ao se deparar com o idoso que busca cuidados em saúde, é importante que o profissional realize uma escuta ativa e proporcione um diálogo profícuo para identificar qual a principal demanda relacionada à dor que ele apresenta:

Os velhos procuram os serviços quando sentem algo; como o sistema de saúde cuida dos velhos quando não há sintomas que configuram o sentir do corpo? Para ser merecedor de cuidado o velho necessariamente precisa reclamar dor? Se para os idosos e para os profissionais que eles consultam a dor é parte da velhice, como o sistema de saúde cuida dos velhos cujos corpos doem? (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2015)

Neste sentido, ressalta-se a importância de uma abordagem que compreenda as questões subjetivas desse idoso e considere a integralidade da atenção como potente ferramenta de produção do cuidado e resolutividade. Para isso, sugere-se que haja responsabilização entre todos os envolvidos no manejo da dor, sejam gestores, equipes de saúde, idosos e familiares – no intuito de propor uma resposta às dores, às angústias, aos problemas e às aflições (SANTOS, 2016).

De acordo com Mattos (2004), existem três maneiras de compreender o sentido da integralidade; a primeira, seria a relacionada às respostas governamentais a certos problemas de saúde; a segunda seria em relação à organização dos serviços; e a terceira sobre as práticas de saúde – sendo, esta última, a que deve levar em consideração o contexto específico onde se realiza cada encontro com o idoso com dor. Dessa forma, a abordagem integral deve permear a interação entre profissional de saúde e idoso, levando em consideração os aspectos subjetivos e objetivos, além dos múltiplos saberes presentes nesses encontros (PINHEIRO, 2009).

Além disso, é basilar que os serviços públicos de saúde não só se apresentem em quantidades adequadas, mas que, de forma articulada em redes de atenção, sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2013). Apesar dos avanços já alcançados desde a sua implantação, o “SUS possível ainda está longe do SUS necessário” (SOUZA, 2009).

2.4 TRATAMENTOS NÃO INTERVENCIONISTAS PARA A DOR CRÔNICA

Na época medieval, para tratar a dor, foi recomendado o uso de hissopo, absinto, calaminto, anis, funcho, nardo, cana aromática, mel e rosas e enfatizada a importância dos exercícios (PEARN, 2013).

2.4.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A proposta de tratamento farmacológico preconizada pela Organização Mundial de Saúde sugere a utilização da Escada Analgésica, ou seja, para a dor de baixa intensidade, administra-se um analgésico não opioide e um anti-inflamatório não esteroidal (primeiro degrau); para a dor de moderada intensidade, analgésico associado a um opioide fraco (segundo degrau); e, para dor intensa, indica-se opioides fortes, como morfina e oxicodona (terceiro degrau) (OMS, 2015).

Não obstante, pode ser necessário incluir drogas adjuvantes, como antidepressivos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, neurolépticos, entre outras, as quais podem ser associadas a qualquer degrau ou utilizadas isoladamente para o melhor manejo da dor (SBGG, 2018; KARP et al., 2008).

Ao acompanhar o idoso com dor crônica, é preciso ponderar que a terapêutica farmacológica pode sofrer alterações devido às alterações fisiológicas e farmacodinâmicas da senilidade, sem descuidar das comorbidades e da polifarmácia (OLIVÊNCIA et al., 2018).

Dessa forma, para melhor indicação medicamentosa, é indispensável conhecer o mecanismo de ação de cada droga, suas interações medicamentosas, seus sinergismos e seus efeitos colaterais. Além disso, após iniciar o tratamento, é preciso reavaliar o idoso, pois, caso a dor persista ou piore, é indicado aumentar a dose da medicação já utilizada ou subir um degrau na escada analgésica (SBGG, 2018).

2.4.2 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Além do tratamento farmacológico, a abordagem não farmacológica, multidisciplinar, é altamente recomendada e deve fazer parte do rol de possibilidades para o melhor acompanhamento do idoso com dor crônica (MAKRIS et al., 2014). A adoção dessa

terapêutica pode, inclusive, contribuir para a redução das doses de analgésicos, diminuindo os riscos de seus efeitos colaterais (BERSANI; MORAES; SANTOS, 2016; SBGG, 2018).

Evidências apontam que as terapias não farmacológicas são seguras, podem reduzir a dor e melhoram a funcionalidade dos indivíduos (ABDULLA; ADAMS; BONE, 2013). No entanto, o encaminhamento e a utilização de tratamento não farmacológico dependerão não somente do profissional prescritor, como também da disponibilidade, da acessibilidade e das preferências do idoso por esse tipo de abordagem (MAKRIS et al., 2014).

2.4.2.1 FISIOTERAPIA

No campo de saberes da saúde, a fisioterapia tem o intuito de prevenir, tratar e reabilitar os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas e, conseqüentemente, promover o bem-estar individual e coletivo do ser humano, exercendo, assim, um papel importante na reinserção do indivíduo em seu contexto social (MAGALHÃES; SOUSA, 2004).

Uma das principais causas de encaminhamentos do idoso para fisioterapia é a osteoartrite, pois esta produz dor, rigidez, perda da mobilidade e desalinhamento articular, promovendo fraqueza muscular, fadiga e redução da resistência cardiovascular, bem como alterações da marcha e do equilíbrio (UTGMAN et al., 2014; DUARTE et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2012).

O profissional fisioterapeuta é um dos componentes da equipe multidisciplinar que auxilia no manejo da dor crônica. Sua contribuição para redução das limitações funcionais e da sintomatologia da dor do idoso se dá por meio da cinesioterapia, contemplando exercícios aeróbicos, alongamentos, fortalecimento, terapia manual, terapias analgésicas combinadas com recursos da eletrotermofototerapia (MARTINS, 2017).

O arcabouço de técnicas fisioterapêuticas permite ganhos de força muscular e amplitude de movimento articular, aprimoram a marcha e o equilíbrio, além de promover melhor resistência à fadiga e redução de processos inflamatórios (WIBELINGER et al., 2013; BARDUZZI et al., 2013). Além disso, o fisioterapeuta atua com a correção postural e solicita órteses, com objetivo de aliviar as dores mioarticulares – por estabilização, contenção e realinhamento articular –, que previnem desconfortos causados tanto pela dor, quanto pelo imobilismo (SANTOS; SANTOS, 2016; TUTIYA; MOTTA; SANTOS, 2016).

Diante dos efeitos deletérios do sistema musculoesquelético gerados pelo envelhecimento, o exercício físico tem o papel de preservar a independência funcional dos idosos com doenças crônico-degenerativas, promovendo melhora de sua qualidade de vida e do seu bem-estar físico, mental e social (ALCALDE; PIANNA; ARCA, 2017). O exercício físico é considerado um tratamento clínico eficaz para a redução da dor (OLIVEIRA; CAMPOS; DAHER, 2013; LAW; SLUKA, 2017).

Não obstante, para a prescrição do exercício, deve-se realizar a avaliação e deve-se estabelecer uma boa comunicação entre paciente e terapeuta, pois é importante explicar que, apesar da dor, o exercício será planejado e realizado de acordo com as especificidades de cada um (OLIVEIRA; CAMPOS; DAHER, 2011), tendo em vista que é a partir das limitações que se estabelecerão as metas terapêuticas. De acordo com Vicente (2016), as primeiras sessões devem ser de baixa intensidade, sendo gradualmente aumentadas de acordo com os progressos conquistados.

No Brasil, o serviço de fisioterapia disponível para o acompanhamento dos idosos com dor crônica se dá, pelo SUS, principalmente, na Atenção Primária em Saúde, por meio do Núcleos Ampliados de Saúde da Família – os quais realizam atividades de promoção, prevenção e educação em saúde (DIBAJ; ALVEIRO, 2012) – e nos serviços ambulatoriais (públicos, conveniados ou contratados), destinados a condições que necessitem de acompanhamento mais sistemático (COUTINHO, 2013).

2.4.2.2 PSICOTERAPIA

Os fatores psicológicos, relacionados às emoções dos pacientes, podem desencadear significativo impacto na experiência da dor vivida por eles devido ao medo, à insegurança e à ansiedade diante da sintomatologia dolorosa, além das circunstâncias e do momento de vida de cada idoso (KERNKRAUT; VIDAL; MACHADO, 2015).

A cronicidade da dor pode provocar aumento do sofrimento psíquico e prolongamento da experiência dolorosa (THIBAUT et al., 2008). Uma das queixas mais comuns do idoso com dor crônica é a interrupção da execução de suas atividades de vida diária, fazendo-o sentir-se incapaz, desmotivado e desconfortável com o rearranjo social que a dor lhe impõe. Da mesma forma, apresenta-se frustrado e desamparado em função da busca por cuidados médicos que possam aliviar suas dores (LAW et al., 2019).

Na literatura, há diversos fatores que indicam a necessidade de uma pessoa com dor crônica ser encaminhada para o serviço de psicologia (SIQUEIRA; MORETE, 2014), como: baixa adesão ao tratamento, resistência a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, presença de fatores comportamentais (evitação, catastrofização, tabagismo, sedentarismo) e emocionais (ansiedade, depressão, raiva) (WHITE, 2010), podendo ainda ter ideação suicida, sintomas psicóticos ou abuso de fármacos (KOESTLER, 2010).

Por isso, as intervenções psicológicas para dor crônica abordam uma diversidade de domínios, como a funcionalidade física, o uso de medicamentos, o humor, os padrões cognitivos e a qualidade de vida. Ao abordar esses fatores, as mudanças na intensidade da dor podem ser obtidas secundariamente (WILLIAMS; ECCLESTON; MORLEY, 2012).

2.4.2.3 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

Dentre as alterações observadas em decorrência do envelhecimento estão a redução da altura e da massa corporal magra, o acúmulo da gordura visceral e a diminuição da quantidade de água no organismo (KUMPEL et al., 2011). Além disso, uma das condições prevalentes que acomete o idoso é a osteoartrite, sendo a obesidade um de seus fatores desencadeantes (SANTOS; SANTOS, 2016). Estudos demonstram que adultos com sobrepeso e obesidade estão mais susceptíveis a ter dores crônicas do que aqueles com peso normal (STONE; BRODERICK, 2012).

Muitos idosos reconhecem e temem que o excesso de peso prejudique ainda mais as suas articulações e, portanto, piore suas dores (COOPER et al., 2017). Nessas situações, indica-se a redução de peso para auxiliar no controle e alívio da dor. No entanto, no caso dos idosos, é importante que a restrição alimentar não cause a perda de nutrientes essenciais e de massa muscular, evitando a sarcopenia (NISHIYAMA; CRUZ; NAJAS, 2016).

Sabe-se que muitas disfunções musculoesqueléticas podem ser atenuadas e tratadas também com medidas nutricionais (BRIOSCHI; BRIOSCHI; YENG, 2006). Dentro das abordagens, existe a nutrição funcional, a qual propõe ações para auxiliar no tratamento coadjuvante da dor musculoesquelética e inflamatória, ampliando o escopo da abordagem multidisciplinar e da eficácia terapêutica (BRIOSCHI et al., 2009).

Uma dieta anti-inflamatória pode contribuir para a redução da prevalência de muitas das doenças crônicas associadas à dor, como diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, podendo, inclusive, modificar a experiência da dor (TICK, 2016). Ressalta-se, diante disso,

a importância de uma avaliação nutricional para que os alimentos de escolha favoreçam não somente a redução de peso, mas também o alívio das dores.

2.4.2.4 EDUCAÇÃO EM DOR

A abordagem da educação em dor, nesta seção, não tem o intuito de explorar a dimensão e a complexidade que essa temática traria, *per si*, envolvendo desde os conhecimentos mais básicos sobre a dor até a grade curricular (SARDA JUNIOR, 2018), mas sim, abordá-la enquanto opção não farmacológica para o manejo da dor, pois muitos profissionais que lidam com a dor ainda a desconhecem.

A educação em dor tem o intuito de identificar como as percepções, os pensamentos e as crenças podem interferir no processo de alívio da dor de cada pessoa, procurando modificar comportamentos dolorosos (VALENTIM, 2017). Para isso, de forma acessível, são explanados os conceitos de neurofisiologia da dor, seus sintomas e fatores desencadeantes. Além disso, são incentivadas mudanças comportamentais, por meio de trabalhos relacionados à autoconfiança, à autoeficácia, à aceitação e à prática de exercícios (VALENTIM, 2017; SANTOS; SANTOS, 2016; BERSANI, 2018).

Neste sentido, a educação em dor, como proposta terapêutica que se alia a outras abordagens, tem sido utilizada em diferentes populações com dor crônica (MOSELEY, 2004). Os principais resultados obtidos com essa prática foram: melhor autocuidado (MITTITY, 2018), redução da ansiedade, da incapacidade, das restrições de movimento e da utilização dos serviços de saúde (LOUW et al., 2016), valendo registrar, ainda, que essa prática possui baixo risco de efeitos adversos (GENEEN et al., 2017).

De acordo com Teixeira e Yeng (2019), os profissionais que lidam com a dor, seja em unidades, clínicas ou centros especializados, necessitarão, de modo mais enfático, incorporar, ao manejo da dor crônica, programas voltados para a saúde mental, a reabilitação e a educação em dor, ou seja, para o melhor manejo da dor, é fundamental uma equipe multidisciplinar que saiba realizar educação em dor (IASP, 2018)

2.4.2.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC), também conhecidas como Medicina Complementar (MC) ou Medicina Complementar Alternativa (MCA), são

tratamentos conhecidos por serem ações de cuidados transversais, que podem ser realizadas na atenção básica, na média e alta complexidade (BRASIL, 2020).

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, vinte e nove procedimentos, são eles: acupuntura, apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, crenoterapia, cromoterapia, dança circular, fitoterapia, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais e yoga (SANTOS et al., 2018).

Em meio à diversidade de PIC existentes, a yoga (CRAMER et al., 2013; GOODE et al., 2016, a música (GARZA-VILLARREAL et al., 2017), a acupuntura e a auriculoterapia (MOURA et al., 2019 ; VICKERS et al., 2018) podem ser adjuvantes ao tratamento da dor crônica, pois demonstram, por meio de revisões sistemáticas e metanálises, melhora da dor autorreferida, da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas. As demais PIC ainda carecem de mais estudos para demonstrarem seus mecanismos de ação e efeito nas pessoas com dores crônicas.

De forma geral, as PIC têm sido utilizadas como recurso terapêutico para o bem-estar global dos idosos (AZEVEDO et al., 2015), melhorando não somente as dores, como também a autoestima, a capacidade funcional e a autonomia (AZEVEDO et al., 2015; ROCHA; ARAÚJO; ROCHA, 2017).

2.5 A AUTOEFICÁCIA

A autoeficácia pode ser definida como a força das convicções que uma pessoa tem de poder executar determinada atividade obtendo o resultado esperado (BANDURA, 1978). Não se trata de crenças gerais sobre si, mas de crenças pessoais diante de situações específicas (SALVETTI, 2004). De acordo com Martinez-Calderon (2017), a autoeficácia pode funcionar como um potente mediador entre a dor crônica musculoesquelética e as relações de incapacidades estabelecidas, sendo considerada como um fator de proteção.

A saúde física e o bem-estar da população idosa estão ligados à autoeficácia, de modo que uma das formas mais convenientes para a manter os idosos ativos é a prática regular de atividade física. Por isso, é necessário ter cuidado e observar se há diminuição da realização de algo pelos idosos devido a julgamentos da sociedade na qual esses indivíduos estejam

inseridos, a fim de se evitar fragilidade e vulnerabilidade que possam se mostrar presentes em algum momento (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDOSO, 2018).

Uma vida sedentária, sem a prática de hábitos saudáveis na juventude, leva a consequências que começam a ser vistas no envelhecimento, podendo resultar em algum tipo de incapacidade física e na perda da independência. Nota-se que a presença da família, por oferecer importante apoio social aos idosos, se torna uma grande facilitadora para uma vida mais ativa (SOUZA et al., 2019). Além disso, o envelhecimento ativo influencia diretamente nas capacidades cognitiva e funcional e no estado emocional do idoso (CAMPOS, 2014).

Um aspecto frequentemente negligenciado é o humor, posto que afeta o indivíduo em seu estado emocional. O humor está diretamente ligado à percepção de autoeficácia do idoso, porque, quando bem-humorado, sua influência na autoeficácia será positiva e, quando o humor está reduzido, sua autoeficácia será baixa (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDOSO, 2018).

Por esse motivo, é importante que sejam reduzidas as emoções negativas sofridas por esse indivíduo, pois, muitas vezes, elas podem interferir na sua percepção acerca da autoeficácia e também de suas reais limitações físicas, julgando erroneamente suas capacidades funcionais (RABELO; CARDOSO, 2007).

A autoeficácia tem características ligadas ao esforço e à persistência que o idoso dispõe e essas particularidades farão com que ele tenha comportamentos que auxiliem a promoção da saúde e na obtenção de melhores resultados nos tratamentos de suas incapacidades (BANDURA, 2004).

2.6 OS CUSTOS COM A DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

O aumento da população idosa está associado ao aumento da demanda por serviços e dos gastos com cuidados em saúde (COLET; BORGES; AMADOR, 2016). Na dor crônica, pode-se considerar como custos diretos aqueles relacionados às consultas, aos medicamentos, aos exames complementares, aos procedimentos (fisioterapia, orientação nutricional, psicoterapia) e à internação (VLAINICH et al., 2010). Custos indiretos, aqueles caracterizados pela perda de capacidade produtiva, em consequência da morbidade, e, por fim, custos intangíveis, aqueles associados à dor e ao sofrimento – sendo os mais difíceis de quantificar e avaliar, pois consideram a qualidade de vida dos indivíduos (ROBERTSON; LANG; HILL, 2003).

Os custos com a dor crônica são significativos para pacientes, serviços de saúde e sociedade (PHILLIPS, 2009). É importante considerar que os gastos em saúde envolvem as tomadas de decisões ocorridas nos três níveis dos sistemas de saúde: macro (política), meso (administrativo) e micro (prática clínica) – neste se verificando a alocação de recursos feitas por profissionais de saúde ao nível individual do paciente (LESSARD; CONTANDRIOPOULUS; BEAULIEU, 2009).

No Reino Unido, aproximadamente, 4,6 milhões de consultas anuais na atenção primária foram realizadas por pessoas com dor crônica, ao custo de 69 milhões de libras esterlinas. Neste contexto, foi verificada a existência de tratamentos ineficazes e gastos com tratamentos desnecessários (BELSEY, 2002). Dessa forma, é preciso que melhores decisões sejam aplicadas na clínica individual, na atenção primária, não somente para melhorar a relação custo-eficácia das abordagens, afinal é o profissional que definirá os tipos e os recursos que serão utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), bem como promoverá integralidade e equidade nos cuidados (KANAVOS; TRUEMAN; BOSILEVAC, 2000).

A utilização de terapêuticas não farmacológicas, como a fisioterapia, em diversas condições álgicas, pode reduzir não apenas a necessidade de procura pelos serviços de saúde como também os custos relacionados com o tratamento das dores (FRITZ et al., 2012; LIU et al., 2018).

A avaliação de custo-efetividade do manejo da dor crônica por equipes multidisciplinares ainda é incerta. No entanto, estudos apontam associação com a melhora da dor, funcionalidade, qualidade de vida, ansiedade e depressão (CADTH, 2019). Além disso, a abordagem multidisciplinar se mostra superior ao ser comparada com a utilização do tratamento farmacológico de forma isolada (MACHADO et al., 2015). Não obstante, a referida abordagem também auxilia na redução das prescrições medicamentosas (CADTH, 2017).

Algumas diretrizes sugerem que a abordagem multidisciplinar seja direcionada para algumas situações específicas, como para aqueles pacientes com dor sem melhorias nos cuidados primários e para aqueles que, mesmo usando opioides, não tiveram redução da dor (BUSSE, 2017; CADTH, 2019).

A necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde para as pessoas com dor crônica não está simplesmente na racionalidade de se pensar nos impactos econômicos inerentes que essa condição traz, mas sim em poder aliviar o imenso sofrimento humano por ela causado (COUSINS; BRENNAN; CARR 2004).

2.7 A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DIALÓGICA DE APOIO AOS IDOSOS COM DOR CRÔNICA

A utilização dos serviços de saúde é caracterizada como um processo resultante da interação entre o indivíduo que busca por cuidados – o qual será influenciado por suas necessidades e características sociodemográficas – e o profissional que o insere no sistema de saúde, que dependerá da organização de recursos disponíveis e do tipo de sistema de saúde ofertado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Por isso, no intuito de se estabelecer uma melhor comunicação profissional-usuário, os profissionais da Atenção Primária em Saúde precisam conhecer o perfil dos idosos que frequentam o serviço, as suas necessidades, a disponibilidade de serviços existentes para suprir a demanda observada e os resultados obtidos com as ações realizadas. Não é suficiente que os idosos apenas adentrem aos serviços de saúde pela APS, mas é fundamental que eles possam ter a continuidade dos tratamentos propostos, a fim de alcançarem aquilo que procuram, no caso, o alívio da dor (ANDERSEN, 1995).

A APS é conhecida pela sua função de ordenadora das redes de atenção e resolutividade dos casos, pois, entre as suas atribuições, está a de equilibrar a técnica e o processo comunicativo, a qual apresenta grande potencial para interferir no tempo de espera e na capacidade de resposta do sistema (BARBOSA et al., 2013; BRASIL, 2015).

Porém, embora regida com essa intencionalidade, muitas vezes, desconhece-se o perfil e as questões socio sanitárias dos idosos; antes, se preocupam por obter apoio diagnóstico de média e alta complexidades, esquecendo de seu potencial resolutivo e deixando de incluir esse indivíduo como protagonista do seu processo de promoção da saúde, cura e reabilitação (OLIVEIRA, 2011).

Além disso, também é preciso estabelecer com os pacientes uma relação dialógica do cuidado prestado nos diversos pontos da rede de atenção, os quais, ao provocar uma reflexão sobre as suas vivências, seus limites e suas possibilidades, podem proporcionar uma participação mais ativa, consciente e efetiva no controle da dor (OLIVEIRA, 2011).

Não obstante, independentemente do ponto da rede em que o idoso esteja inserido para acompanhamento da dor, a sua relação de cuidado na APS não deve ser interrompida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A longitudinalidade do cuidado é uma fonte regular da atenção, em que há relação humanizada e de confiança entre equipe de saúde, indivíduos e famílias ao longo do tempo,

que considera aspectos relacionados não somente à doença, mas também à saúde, sendo capaz de reduzir os encaminhamentos desnecessários para especialistas (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Ainda que haja problemas relacionados com a oferta e demanda por serviços de saúde (CONASS, 2015), a proposta de diálogo entre os serviços, os pacientes e a família continua como um suporte necessário para auxiliar os idosos com dor.

2.8 PANORAMA DO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA NA REGIÃO DE LONDRINA

O controle da dor torna-se uma prática indispensável aos profissionais de saúde pública, especialmente àqueles do nível da atenção primária, pois acolhem uma grande demanda de indivíduos com dores crônicas e são responsáveis pelo seguimento dessas pessoas, utilizando-se, inclusive, como suporte, de outros pontos dos serviços de saúde, em busca de minimizar a dor e o impacto social por ela provocado e favorecendo uma melhor qualidade de vida para essas pessoas (CORDEIRO et al., 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo de 2010, a população acima de 60 anos somava 64.476 pessoas em Londrina (IBGE, 2020).

Os idosos com dor e que necessitam do serviço público de saúde geralmente procuram o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), no qual passam por avaliação inicial com a equipe de enfermagem e, caso necessário, uma consulta é agendada com o médico da Unidade Básica de Saúde (UBS).

No primeiro momento, o médico fará a anamnese, a prescrição medicamentosa e o encaminhamento para fisioterapia, assim como avaliará a necessidade de recomendar redução de peso e mudanças de hábitos de vida. Caso a dor persista, o paciente passará por outra consulta e, então, será encaminhado para o especialista – ortopedista ou reumatologista (ANEXO A) (LONDRINA, 2014).

Dentre os serviços de apoio da atenção primária aos pacientes com dor crônica, encontram-se os de média e alta complexidades, com a finalidade de ofertar continuidade e resolutividade aos casos específicos, garantindo, dessa forma, a integralidade da assistência.

Nas distintas esferas governamentais, os gestores têm assinalado a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços especializados, representando um entrave para a integralidade da atenção. Afirmam que especialidades como a ortopedia e a cirurgia vascular

possuem demanda reprimida e que a resolatividade dessas especialidades em ambulatórios isolados, sem adequada retaguarda hospitalar, é muito limitada (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

No Paraná, a ortopedia é a quinta especialidade com maior número de profissionais; no entanto, o atendimento e a assistência às vítimas de torções ou traumas ósseos são apontados como o maior gargalo do sistema público de saúde estadual, levando os pacientes a aguardarem até um ano por tratamento (MORAIS, 2011). Também no município de Londrina, há uma alta demanda por essa especialidade. Em abril de 2014, o cadastro para consultar com esse especialista contava com aproximadamente 19 mil pessoas e, em junho de 2015, ao menos 1.994 pessoas aguardavam cirurgia ortopédica (VILELA, 2014; LONDRINA, 2015).

Dessa forma, gestores municipais procuram articular, entre os serviços da rede de atenção à saúde, medidas para solucionar essa alta demanda. Em 2015, foi divulgado um acordo celebrado entre Londrina e os municípios pertencentes à 17ª. Regional de Saúde com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) e o Hospital da Zona Norte, levando ao aumento do número de cirurgias ortopédicas, especialmente as de média complexidade, que representavam 80% da demanda cirúrgica (VERLINGUE, 2015).

No entanto, os casos não cirúrgicos ainda aguardam uma avaliação com especialista para maior esclarecimento sobre sua condição e para possíveis encaminhamentos para outros pontos de atenção à saúde. Nesse sentido, é crucial o papel da regulação municipal dos serviços de saúde, a qual tem ordenado, classificado e otimizado a oferta dos recursos disponíveis, procurando garantir o acesso da população aos serviços em tempo oportuno e de forma equânime (VIEGAS; PENNAS, 2013).

É direito do paciente ter a sua dor devidamente avaliada, registrada e controlada, de acordo com parâmetros desejados, nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, desde os serviços prestados em domicílio, nos ambulatórios de reabilitação ou até em instituições hospitalares (KELLER et al., 2013).

JUSTIFICATIVA

3. JUSTIFICATIVA

Acreditando que a qualidade de vida do idoso possa ser melhorada substancialmente, mesmo na presença da dor; reconhecendo os diversos desafios impostos para o enfrentamento das dores crônicas; e sabendo que há inúmeras possibilidades de tratamentos não farmacológicos acessíveis para os idosos da comunidade com dores crônicas musculoesqueléticas, esta pesquisa buscou analisar a utilização de tratamentos não farmacológicos por idosos com dor crônica musculoesquelética residentes na área urbana de Londrina, PR. Pois, apesar da existências dessas terapêuticas, ainda carecem dados sobre sua acessibilidade.

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar a utilização de tratamentos não farmacológicos por idosos com dor crônica musculoesquelética residentes na área urbana de Londrina, PR.

4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos segundo dados sociodemográficos e antropométricos.
- Caracterizar os tratamentos não farmacológicos utilizados para alívio da dor crônica.
- Identificar os fatores associados à autoeficácia frente à dor crônica e a crença do exercício físico para alívio da dor
- Caracterizar e classificar a dor crônica segundo intensidade, localização e tipo.

5. MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

Estudo observacional, descritivo e de corte transversal.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes da pesquisa foram pessoas acima de 60 anos, residentes na área urbana do município de Londrina. A população do estudo foi selecionada por meio de amostra não probabilística de conveniência, de idosos que, após serem atendidos pelo serviço de Atenção Primária à Saúde, foram encaminhados para o especialista ortopedista pelas causas mais frequentes de dor crônica do idoso (membros inferiores e coluna lombar), entre abril 2016 a abril 2017.

Essa informação foi obtida após autorização prévia da Diretoria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde (DGTES) e da Diretoria de Regulação da Assistência em Saúde (DRAS) da Autarquia Municipal de Saúde (AMS) de Londrina, que identificou 984 idosos residentes na área urbana encaminhados para o serviço de ortopedia (pé, joelho, quadril, coluna e ortopedia geral).

Para o cálculo do tamanho amostral, foram considerados os seguintes parâmetros estatísticos: nível de confiança de 95%; erros estatísticos máximos de 5,0%, para o erro de tipo I, e de 20,0%, para o erro de tipo II; proporção esperada para o desfecho de interesse: dor crônica no idoso da comunidade analisada por gênero, faixa etária e renda e, por fim, erro amostral (AGRANONIK; HIKARATA, 2011). Assim, para contemplar as diferenças entre proporções e médias entre grupos, a amostra necessária foi de 193 indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1: Tamanho da amostra necessária para analisar idosos com dor crônica, de acordo com os desfechos de interesse, Londrina, 2017.

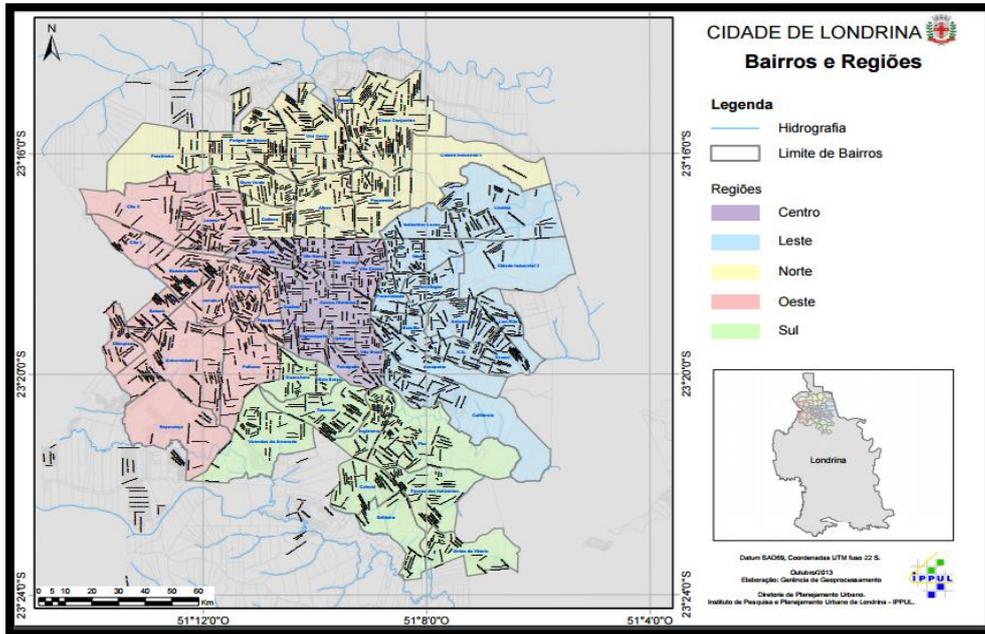
| VARIÁVEIS DE INTERESSE | % (*ESTUDO 1) | % (**ESTUDO 2) | N COMPARAÇÃO DE PROPORÇÃO | N COMPARAÇÃO DE MÉDIA ENTRE GRUPOS |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--|---|
| GÊNERO | | | | |
| Fem | 64,7 | 62,3 | 79 | 58 |
| Mas | 35,2 | 37,7 | | |
| IDADE | | | | |
| 60-69 anos | 58,4 | 50,1 | 193 | 62 |
| 70 e mais anos | 41,6 | 49,9 | | |
| RENDA | | | | |
| Até 3 salários mínimos | 92,5 | - | 4 | 34 |
| Acima de 4 salários mínimos | 7 | - | | |

*ESTUDO 1: DELLAROZA, M.S.G; PIMENTA, C.A.M. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. Cienc Cuid Saude 2012.

** ESTUDO 2: PEREIRA, L.V. e cols. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2014.

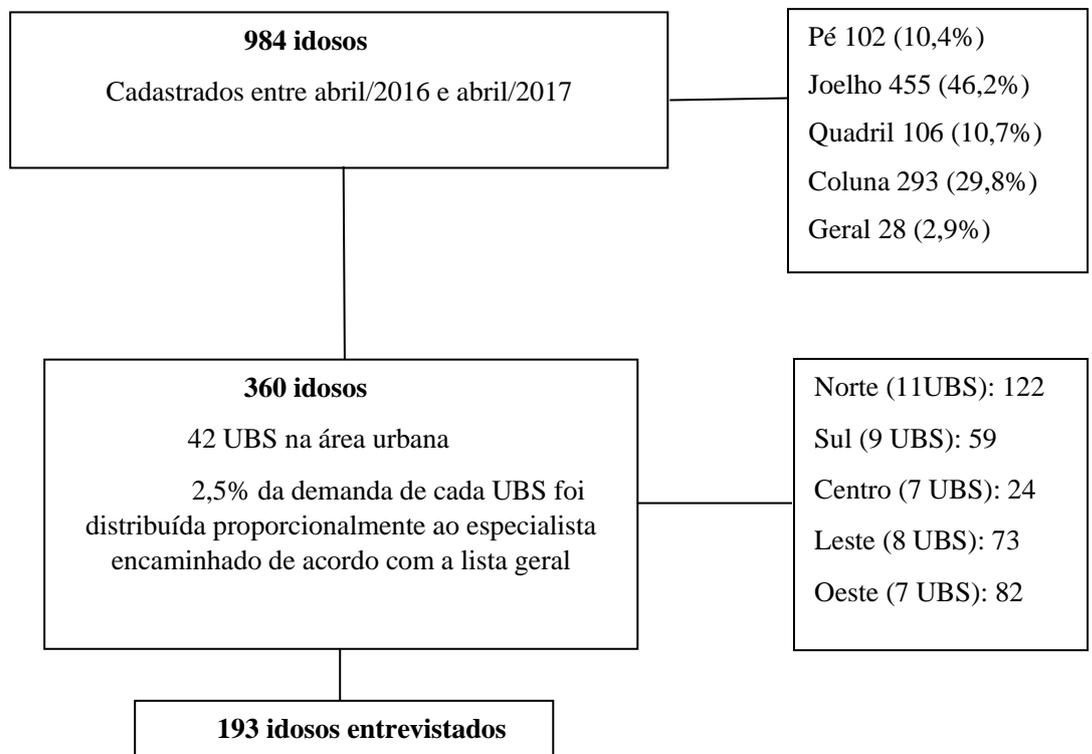
Ao considerar que o município de Londrina possui 42 UBS na área urbana e para garantir a distribuição da amostra por todo o território, foi considerado que, para cada UBS, seriam selecionados, dentro do período de encaminhamento (abril/2016 a abril/2017), 2,5% dos idosos cadastrados. Além disso, dentro deste percentual, ocorreria a distribuição conforme a frequência encontrada na fila geral, ou seja, 10,4%, pé; 46,4%, joelho; 10,7%, quadril; 29,8%, coluna; e 2,9%, geral. Dessa forma, foram selecionados 122 idosos, para a região norte (11 UBS), 59 idosos, para a região sul (9 UBS), 24 idosos, para a região central (7 UBS), 73 idosos, para a região leste (8 UBS), e 82 idosos, para a região oeste (7 UBS) (Figura 2). As entrevistas se deram da região de menor quantidade de idosos cadastrados para a de maior quantidade (Figura 3) e, por fim, o diagrama de fluxo da entrevistas dos idosos (Figura 4).

Figura 2 - Mapa territorial da área urbana do município de Londrina

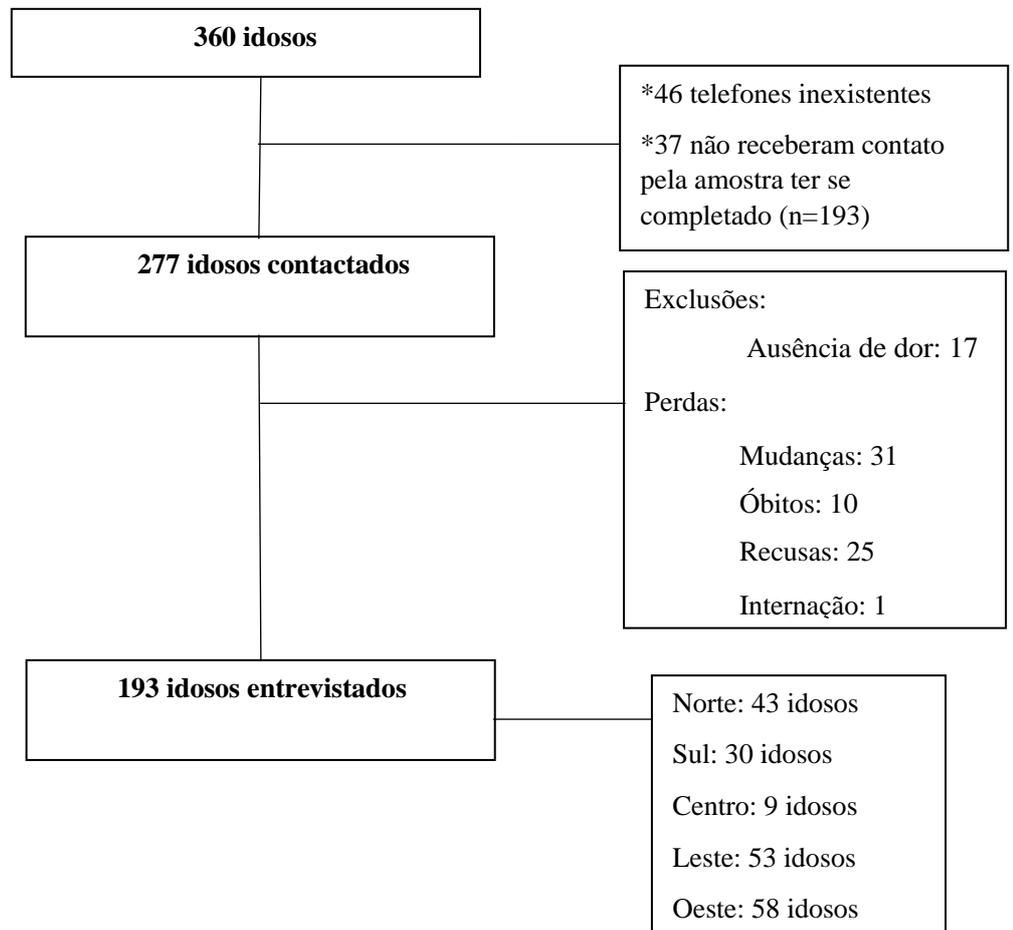


Fonte: IPPUL, 2013

Figura 3 - Diagrama de fluxo da seleção dos participantes da pesquisa



Fonte: Próprio autor

Figura 4 - Diagrama de fluxo dos idosos entrevistados

Fonte: Próprio autor

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idosos portadores de dor crônica musculoesquelética, com duração igual ou superior a 3 meses, residentes na área urbana de Londrina, que foram encaminhados, pela Atenção Primária à Saúde, para avaliação especializada com ortopedista dos seguimentos ortopedia geral, coluna, quadril, joelho e pé, entre os meses de abril/2016 e abril/2017.

5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi realizado um projeto piloto a fim de calibrar o instrumento, verificando sua metodologia e aplicação pelos seis pesquisadores, que previamente passaram por treinamento para essa finalidade. Cada pesquisador realizou 8 entrevistas, as quais ocorreram entre os

meses de novembro 2017 e janeiro 2018, com idosos encaminhados no mês de março de 2016 pelo serviço de Atenção Primária para avaliação com ortopedista. Vencida essa etapa, a coleta da pesquisa foi iniciada.

As entrevistas se iniciaram na região central, seguida das regiões sul, leste, oeste e, por fim, norte. Na primeira etapa, foram realizados ao menos três contatos telefônicos para o agendamento da entrevista com os idosos das respectivas regiões. Os idosos foram questionados se havia dor; caso respondessem que sim, a entrevista era agendada – independentemente do tempo de duração da dor, a qual foi questionada após a aplicação do instrumento Inventário Breve de Dor.

Caso o idoso aceitasse participar do estudo, os pesquisadores se deslocavam até o domicílio do próprio idoso, liam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após a assinatura, as entrevistas eram realizadas. Não sendo possível estabelecer contato telefônico após três tentativas, eram realizadas buscas pelo endereço cadastrado no sistema de informação em saúde do município de Londrina (Saúde Web), sendo estabelecido o mesmo procedimento ético: leitura e assinatura do TCLE.

Para compor os dados do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: ficha de caracterização, contendo dados sociodemográficos como: sexo, peso, idade, estado civil, cor, escolaridade, renda familiar; e questionamento sobre: ocorrência de queda no último ano e utilização de alguma terapia não farmacológica para a dor crônica musculoesquelética. Para avaliar algumas crenças sobre a percepção do exercício físico no alívio ou na piora da dor, foram elaboradas questões simples com respostas dicotômicas do tipo “sim ou não” (APÊNDICE A).

Também foi aplicado o inventário breve da dor, validado para a língua portuguesa (TOLEDO; SOBREIRA, 2005), que avalia a existência, a severidade, a localização, a interferência funcional, as estratégias terapêuticas aplicadas e a eficácia do tratamento da dor nas últimas 24 horas (FERREIRA et al., 2010) (ANEXO B).

O questionário para avaliação de dor neuropática utilizado foi o *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain* (LANSS), validado e adaptado para o português (SCHESTATSKY et al., 2011). Trata-se de um instrumento capaz de distinguir, com boa confiabilidade, uma dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto. A escala vai de 0 a 24 pontos e consta de duas seções: uma que explora os aspectos qualitativos e outra os aspectos sensitivos da dor. A dor nociceptiva corresponde a escores

inferiores a 8 pontos; a dor mista a escores intermediários entre 8 e 16 pontos; e a dor neuropática a escores superiores a 16 pontos (BRASIL, 2014) (ANEXO C).

Para avaliar as crenças de autoeficácia, empregou-se a escala *Chronic Pain Self-efficacy*, validada para o português como Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (SALVETTI e PIMENTA, 2005), a qual é composta por três domínios: a autoeficácia para controle da dor, com 5 itens; a autoeficácia para a funcionalidade, com 9 itens; e a autoeficácia para lidar com outros sintomas, com 8 itens. Cada item é pontuado de 10 a 100 em uma escala Likert, em que cada domínio tem a sua pontuação somada e dividida pelo seu número de questões. Ao final, o escore pode variar entre 30 e 300 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a crença de autoeficácia (SALVETTI, 2004; MARTINEZ-CALDERON et al., 2018) (ANEXO D).

Para auxílio nas respostas que necessitavam de localização da dor e sua classificação, foram utilizados modelos visuais (APÊNDICE C).

5.5 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Londrina e a coleta de dados foi realizada entre janeiro/2018 e junho/2019.

5.6 ANÁLISE

Para a coleta de dados, foram utilizados: tablets Samsung Galaxy Tab3, nos quais os questionários foram elaborados e exportados para a interface Ona Systems Data Collections©, a qual permitia que os questionários fossem preenchidos e salvos *off-line*. Após preenchimento e acesso à rede de internet, os dados eram transferidos no formato “XLSForm standard”, opção que já disponibilizava os dados no Excel. A análise foi realizada com auxílio do pacote estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) para Windows (versão IBM 19.0 SPSS Inc.©, Chicago, Illinois). Foi elaborado um quadro síntese das variáveis, para melhor compreensão da análise (APÊNDICE D).

Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa, enquanto que, para a análise bivariada, foi utilizado o teste Qui-quadrado. As variáveis sexo, escolaridade e renda familiar foram predefinidas como variáveis de ajuste dos modelos. As

Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson ajustada por variância robusta.

Para análise de dados não paramétricos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney-U, apresentando a distribuição por meio das medianas e dos intervalos interquartílicos. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi norteada de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2013). Passou pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (ANEXO E) e pela autorização da Autarquia Municipal de Saúde do Município de Londrina (ANEXO F), obtendo autorização para a pesquisa sob o certificado de apresentação ética (CAAE) de número 2.298.277 (ANEXO G).

Os participantes receberam as orientações sobre os objetivos da pesquisa e sobre o caráter voluntário de sua participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO H), pós-informados, em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dor não surge apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência da alma, que reside no coração.

(Platão)

A proposta dessa seção é apresentar resultados e discussão no formato de dois artigos científicos, mas, de forma geral, foram selecionados 360 idosos de toda a área urbana do município de Londrina. Ao todo, 277 foram contactados, sendo 17 excluídos por não sentirem mais dor e 67 perdas, por mudanças, óbitos, recusas e internação. Além disso, 46 apresentaram número de telefone inexistente e 37 não receberam contato pelo fato da amostragem já estar completa com 193 idosos (Figura 4).

Artigo 1: CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA EM IDOSOS DA COMUNIDADE. Neste artigo, serão demonstradas as características sociodemográficas e a caracterização da utilização da fisioterapia como abordagem não farmacológica para o tratamento da dor dos idosos. Esse artigo foi submetido à Revista Fisioterapia em Movimento e encontra-se no prelo.

Artigo 2: FATORES DETERMINANTES DA AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA. O qual abordará a crença da autoeficácia do idoso com dor crônica em relação a sua funcionalidade, o lidar com a dor e com outros sintomas como fadiga. Artigo submetido e aceito para ser publicado na Revista *Geriatric, Gerontology and Aging* (ANEXO I).

Além dos resultados expostos pelos artigos supracitados, os demais dados podem ser visualizados na tabela disponível (APÊNDICE E), a qual, futuramente passará por outras análises, a fim de lapidar os dados para que os demais objetivos propostos pela pesquisa sejam divulgados e outras contribuições sejam produzidas, enriquecendo essa área do conhecimento.

ARTIGO 1 - REVISTA FISIOTERAPIA EM MOVIMENTO

CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA EM IDOSOS DA COMUNIDADE

Resumo

Introdução: Na população idosa, a prevalência da dor crônica pode variar entre 29,7% e 62,2%. A avaliação, o tratamento, o controle e o alívio da dor crônica no idoso são complexos e envolvem medidas farmacológicas e não farmacológicas. **Objetivo:** Caracterizar a utilização de tratamentos fisioterapêuticos como parte da abordagem não farmacológica para o manejo das dores crônicas musculoesqueléticas nos idosos de uma comunidade. **Metodologia:** Estudo transversal com indivíduos acima de 60 anos que possuíam dor musculoesquelética há mais de 3 meses e que residiam na área urbana do município de Londrina, PR. Amostragem não probabilística por conveniência. Foram coletadas questões sociodemográficas, de caracterização da dor e do medo do exercício físico. **Resultados:** Foram entrevistados 193 idosos com dor crônica musculoesquelética, sendo 136 (70,4%) mulheres. Cento e quarenta idosos (72,5%) foram encaminhados para fisioterapia. Houve diferença entre gêneros na frequência de encaminhamentos para a fisioterapia, sendo 77,9% das mulheres e 59,6% dos homens. A modalidade terapêutica mais frequente foi a cinesioterapia individual, 96 (49,7%), seguida por eletroterapia, 91 (47,2%), hidroterapia, 66 (34,2%), e cinesioterapia em grupo, 42 (21,8%). Foi observado que 71 (53,8%) idosos tiveram acompanhamento fisioterápico acima de 6 meses. A persistência no tratamento foi associada à presença da dor nociceptiva exclusiva e ao acompanhamento com cinesioterapia individual e hidroterapia. **Conclusão:** Pode-se notar que a abordagem fisioterapêutica foi amplamente solicitada para o manejo da dor crônica nos idosos da comunidade. Com efeito, os idosos que persistiram na fisioterapia foram aqueles com dor exclusivamente nociceptiva, que realizavam cinesioterapia individual e hidroterapia.

Palavras-chave: Dor crônica, serviços de saúde para idosos, modalidades de fisioterapia.

Abstract

Introduction: Pain prevalence in elderly community-dwelling could vary among 29.7% to 62.2%. The assessment, treatment, control and pain relief in older adults is complex and pharmacological and non-pharmacological approaches are needed. **Aim:** To characterize physical therapy treatments as non-pharmacological approaches to manage chronic pain in elderly-community-dwelling. **Methodology:** This is a cross-sectional study for those over 60 years old that have musculoskeletal pain for more than three months and who lived in the urban area of Londrina/PR. It was a no probabilistic and convenience sample. Data were

collected based on sociodemographic questions, pain characterization and fear of physical activities. **Results:** 193 elderly people were interviewed, 136 (70.4%) were female and 140 (72.5%) have been referred to physical therapy. Difference between genders have been found in terms of referrals to physiotherapy frequency, being indicated for 77.9% of women and 59.6% of men. Individual kinesiotherapy, 96 (49.7%), electrotherapy 91 (47.2%), hydrotherapy 66 (34.2%) and kinesiotherapy in group 42 (21.8%) were the most frequent physical therapy modalities. Physiotherapy follow-up over six months was observed in 71 (53.8%) of elderly. Persistence in treatment was associated with nociceptive pain only, with individual kinesiotherapy and with hydrotherapy treatments. **Conclusion:** Physiotherapeutic treatment in elderly community-dwelling was widely requested for management of chronic pain. Older adults that persisted in their treatment were those who had exclusively nociception pain and underwent kinesiotherapy individual and hydrotherapy treatment.

Keywords: Chronic pain, health services for the aged, physical therapy modalities

Introdução

A dor crônica configura-se, em todo o mundo, como uma das condições mais comuns, custosas e incapacitantes para as pessoas [1]. No Brasil, estima-se que a dor crônica acometa entre 30% e 40% da população geral, sendo considerada a principal causa de aposentadorias precoces e apontada como um problema de saúde pública [2].

Na população idosa, a prevalência da dor crônica pode variar entre 29,7% e 62,2% dos idosos não institucionalizados [3] e 80% nos idosos que vivem em instituições de longa permanência [4]. A avaliação, o tratamento, o controle e o alívio da dor crônica tornam-se práticas indispensáveis aos profissionais de saúde pública devido à crescente demanda, ao impacto social e à redução da qualidade de vida dos idosos [5]. O tratamento da dor crônica no idoso é complexo e necessariamente interdisciplinar, envolvendo medidas farmacológicas e não farmacológicas.

As medidas farmacológicas mais comuns utilizadas por idosos são os analgésicos [6]. No entanto, é sabido que as mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem afetar a metabolização desses fármacos – a qual, além de não causar a redução da dor esperada, também pode desencadear efeitos adversos [7]. Dessa forma, no intuito de aliviar a dor e reduzir os efeitos colaterais das medicações, tem sido sugerido que tratamentos não farmacológicos sejam associados no manejo da dor crônica [6].

Neste sentido, a fisioterapia é uma das abordagens não farmacológicas mais solicitadas, pois o profissional dessa área faz uso de uma grande variedade de métodos e recursos terapêuticos para o alívio das dores [8], promovendo, conseqüentemente, a redução das limitações e a melhora da capacidade funcional [8, 9], reduzindo, inclusive, a necessidade de cirurgias do aparelho locomotor [10].

Dessa forma, se faz necessário que os profissionais das equipes de saúde identifiquem os idosos com dor crônica para que, associados à abordagem farmacológica, também possam ser beneficiados pela abordagem não farmacológica proposta pela fisioterapia [10].

Assim, este estudo visa caracterizar a utilização de tratamentos fisioterapêuticos como parte do manejo das dores crônicas musculoesqueléticas nos idosos da comunidade.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal. A pesquisa foi realizada em idosos com dor crônica musculoesquelética residentes na área urbana do município de Londrina, PR. Foram incluídos apenas indivíduos da área urbana que relataram dor acima de 3 meses.

A amostra foi selecionada de forma não probabilística, por conveniência, sendo composta por indivíduos de 60 anos ou mais que estavam cadastrados para passar por consulta de especialidades ortopédicas entre abril de 2016 e abril de 2017, pelos motivos mais frequentes da dor crônica no idoso da comunidade: dor na coluna e nos membros inferiores.

Neste contexto, foram encontrados 984 idosos, distribuídos da seguinte maneira: 46,2%, joelhos; 29,3%, coluna; 10,7%, quadril; 10,4%, pé; 2,9%, ortopedia geral. Para o cálculo do tamanho amostral, foram considerados os seguintes parâmetros estatísticos: nível de confiança de 95%, erros estatísticos máximos de 5,0%, para o erro de tipo I, e de 20,0%, para o erro de tipo II [12], além da proporção esperada para o desfecho de interesse: dor crônica no idoso analisada por gênero, faixa etária e renda. Assim, para contemplar as diferenças entre proporções e médias entre grupos, a amostra necessária seria de 193 indivíduos.

Ao se ter em mente que o município de Londrina possui 42 UBS na área urbana, foi considerado que, para cada UBS, foram selecionados, dentro do período de encaminhamento, 2,5% dos idosos cadastrados em cada UBS. Além disso, dentro deste percentual, também ocorreria a distribuição conforme a frequência encontrada na fila geral, ou seja, 10,4%, pé; 46,4%, joelho; 10,7%, quadril; 29,8%, coluna; e 2,9%, geral. Dessa forma, foram selecionados 122 idosos para a região norte (11 UBS), 59 idosos para a região sul (9 UBS), 24 idosos para a região central (7 UBS), 73 idosos para a região leste (8 UBS) e 82 idosos para a região oeste (7 UBS). As entrevistas se iniciaram na região de menor quantidade de

idosos cadastrados e seguiram para a de maior quantidade, até que o n=193 idosos fosse alcançado.

Os dados foram coletados por equipe de pesquisadores entre os meses de jan/2018 e jun/2019. A coleta de dados foi realizada no domicílio do próprio idoso, após agendamento por contato telefônico ou por busca ativa pelo endereço cadastrado no sistema de informação de saúde de Londrina, e após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: ficha de caracterização, contendo dados sociodemográficos, os quais foram dicotomizados: sexo (feminino e masculino), situação conjugal (com ou sem companheiro), faixa etária (60-69 anos ou 70 anos ou mais), obesidade ($IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$), mora sozinho (sim ou não), tabagista (sim ou não) e utilização de fisioterapia como tratamento não medicamentoso (sim ou não).

Para aqueles em que a fisioterapia foi solicitada, informações como a modalidade terapêutica utilizada (cinesioterapia individual, em grupo, eletroterapia, hidroterapia, terapia manual ou outros) e a frequência (duração da sessão e período de acompanhamento) foram coletadas.

Para a caracterização da dor, foi utilizado o inventário breve da dor, instrumento que caracteriza a localização, a intensidade [13] e a interferência da dor, nas atividades diárias e nos relacionamentos [13, 14], e o tratamento medicamentoso. Para avaliar o tipo da dor, os idosos responderam o questionário *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain* (LANSS) [15], que classifica a dor como nociceptiva, mista ou neuropática [16].

O banco de dados foi tabulado no formato Excel e analisado com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS) para Windows* (versão IBM 19.0 SPSS Inc.®, Chigago, Illinois).

Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa, enquanto que, para a análise bivariada, foi utilizado o teste Qui-quadrado. As variáveis sexo e faixa etária foram predefinidas como variáveis de ajuste dos modelos, sendo ajustadas conforme critério matemático ($p < 0,20$). As Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson com ajuste robusto de variância.

Esta pesquisa foi aceita pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob parecer 2.298.277 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 72543917.2.0000.5231.

Resultados

Foram entrevistados 193 idosos com dor crônica musculoesquelética, dos quais 136 (70,4%) eram mulheres, 111 (57,5%) possuíam entre 60 e 69 anos, a maioria 159 (84,4%) possuía renda familiar abaixo de dois salários-mínimos e 117 (60,6%) tinham o ensino fundamental incompleto. Houve 67 perdas, incluindo óbitos, mudanças de endereço, recusas e internação; e 17 exclusões devido à ausência de dor crônica.

Ao analisar as diferenças entre os sexos, pôde-se notar que houve diferença estatística em relação à situação conjugal, em que os homens demonstram maior frequência em possuir companhia (84,2%); e para a ocorrência de quedas, sendo que as mulheres apresentaram maior frequência de quedas no último ano (55,9%) (Tabela 1).

Além disso, também houve diferença em relação à prescrição de fisioterapia como parte do tratamento não farmacológico para a dor crônica musculoesquelética, pois, entre as mulheres, 77,9% foram indicadas à fisioterapia, enquanto que, entre os homens, foram 59,6% (Tabela 1).

Em relação à modalidade terapêutica utilizada, a mais frequente foi a cinesioterapia individual 96 (49,7%), seguida por eletroterapia 91 (47,2%), hidroterapia 66 (34,2%) e cinesioterapia em grupo 42 (21,8%). Houve diferença entre os sexos em relação à utilização das modalidades terapêuticas. Ainda que a frequência da utilização entre as mulheres tenha sido maior em todas as modalidades, há maior diferença entre a eletroterapia e a hidroterapia (Tabela 1).

Entre os idosos que foram encaminhados e tiveram acesso ao tratamento com fisioterapia (132), foi observado que 71 deles (53,8%) frequentaram as atividades por pelo menos 6 meses. As análises bivariadas (Tabela 2), bruta e ajustada (Tabela 3), identificaram que essa maior regularidade para o tratamento esteve associada à presença da dor nociceptiva pura e também aos indivíduos que faziam a cinesioterapia individual e a hidroterapia. Não foram observadas diferenças na persistência de realização de fisioterapia em relação à presença da dor nas últimas vinte e quatro horas e na dor em múltiplas regiões no corpo.

Tabela 1 – Caracterização das condições sociodemográfica, da dor e do tratamento com fisioterapia em idosos com dor crônica musculoesquelética, segundo sexo.

| Variável | Total (n=193) | N (%) | Feminino (n=136) | N (%) | Masculino (n=57) | N (%) | P-valor |
|---|------------------|----------|---------------------|----------|---------------------|----------|---------|
| Situação conjugal | | | | | | | 0,01 |
| Com companheiro | 111 | 42,5 | 63 | 46,3% | 48 | 84,2% | |
| Sem companheiro | 82 | 57,5 | 73 | 53,7% | 9 | 15,8% | |
| Faixa etária | | | | | | | 0,17 |
| 60-69 anos | 111 | 57,5 | 74 | 54,4% | 37 | 64,9% | |
| 70 anos ou mais | 82 | 42,5 | 62 | 45,6% | 20 | 35,1% | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,14 |
| Até 8 anos | 117 | 60,6% | 87 | 64% | 30 | 52,6% | |
| Acima de 8 anos | 76 | 39,4% | 49 | 36% | 27 | 47,4% | |
| Renda | | | | | | | 0,66 |
| Até 2 salários mínimos | 159 | 82,4% | 111 | 81,6% | 48 | 82,4% | |
| Acima de 2 salários mínimos | 34 | 17,6% | 25 | 18,4% | 9 | 15,8% | |
| Obesidade (*IMC>30Kg/m²) | | | | | | | 0,16 |
| Sim | 79 | 40,9% | 60 | 44,1% | 19 | 33,3% | |
| Não | 114 | 59,1% | 76 | 55,9% | 38 | 66,7% | |
| Mora sozinho | | | | | | | 0,25 |
| Sim | 29 | 15,0 | 23 | 16,9% | 06 | 10,5% | |
| Não | 164 | 85,0 | 113 | 83,1% | 51 | 89,5% | |
| Ocorrência de quedas no último ano | | | | | | | 0,02 |
| Sim | 98 | 50,8% | 76 | 55,9% | 22 | 38,6% | |
| Não | 95 | 49,2% | 60 | 44,1% | 35 | 61,4% | |
| Localização mais frequente | | | | | | | |
| Ombro | 60 | 31,1% | 45 | 33,1% | 15 | 26,3% | 0,35 |
| Quadril | 61 | 31,6% | 43 | 31,6% | 18 | 31,6% | 0,99 |
| Lombar | 93 | 48,2% | 70 | 51,5% | 23 | 40,4% | 0,15 |
| Joelho | 150 | 77,7% | 108 | 79,4% | 42 | 73,7% | 0,38 |

Continua...

Tabela 1 Continuação

| Variável | Total (n=193) | N (%) | Feminino (n=136) | N (%) | Masculino (n=57) | N (%) | P-valor |
|--|------------------|----------|---------------------|----------|---------------------|----------|---------|
| Tipo da dor | | | | | | | 0,59 |
| Nociceptiva | 106 | 54,9% | 73 | 53,7% | 33 | 57,9% | |
| Mista/Neuropática | 87 | 45,1% | 63 | 46,3% | 24 | 42,1% | |
| Prescrição de tratamento fisioterapêutico | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 140 | 72,5% | 106 | 77,9% | 34 | 59,6% | |
| Não | 53 | 27,5% | 30 | 22,1% | 23 | 40,4% | |
| Cinesioterapia individual | | | | | | | 0,09 |
| Sim | 96 | 49,7% | 73 | 53,7% | 23 | 40,4% | |
| Não | 97 | 50,3% | 63 | 46,3% | 34 | 59,6% | |
| Cinesioterapia em grupo | | | | | | | 0,09 |
| Sim | 42 | 21,8% | 34 | 25% | 8 | 14,0% | |
| Não | 151 | 78,2% | 102 | 75% | 49 | 86% | |
| Eletroterapia | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 91 | 47,2% | 72 | 52,9% | 19 | 33,3% | |
| Não | 102 | 52,8% | 64 | 47,1% | 38 | 66,7% | |
| Hidroterapia | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 66 | 34,2% | 56 | 41,2% | 10 | 17,5% | |
| Não | 127 | 65,8% | 80 | 58,8% | 47 | 82,5% | |

Fonte: Dados obtidos pelo Inventário Breve de Dor e pela Escala de LANNS.

Para localização da dor e modalidades fisioterapêuticas, os idosos poderiam assinalar mais de uma opção.

*IMC: Índice de Massa Corporal

Tabela 2 – Caracterização da dor de idosos com dor crônica musculoesquelética, segundo período de acompanhamento com fisioterapia – até 6 meses ou acima de 6 meses.

| Variável | Total | | Até 6 meses | | Acima de 6 meses | | P-valor |
|--|-------|-------|-------------|-------|------------------|-------|---------|
| | N=132 | (%) | N(61) | n(%) | N(71) | n (%) | |
| Sexo | | | | | | | 0,17 |
| Feminino | 101 | 76,5% | 50 | 81,9% | 51 | 71,8% | |
| Masculino | 31 | 23,5% | 11 | 17,1% | 20 | 28,2% | |
| Faixa etária | | | | | | | 0,35 |
| 60 a 69 anos | 70 | 53% | 35 | 57,4% | 35 | 49,3% | |
| 70 ou mais | 62 | 47% | 26 | 42,6% | 36 | 50,7% | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,94 |
| Até 8 anos de estudo | 84 | 63,6% | 39 | 63,9% | 45 | 63,4% | |
| Acima de 8 anos de estudo | 48 | 36,4% | 22 | 36,1% | 26 | 36,6% | |
| Situação Conjugal | | | | | | | 0,26 |
| Com companheiro | 74 | 56,1% | 31 | 50,8% | 43 | 60,6% | |
| Sem companheiro | 58 | 43,9% | 30 | 49,2% | 28 | 39,4% | |
| Renda | | | | | | | 0,18 |
| Até 2 salários mínimos | 106 | 80,3% | 52 | 85,2% | 54 | 76% | |
| Acima de 2 salários mínimos | 26 | 19,7% | 9 | 14,8% | 17 | 24% | |
| Mora sozinho | | | | | | | 0,27 |
| Sim | 21 | 15,9% | 12 | 19,7% | 9 | 12,7% | |
| Não | 111 | 84,1% | 49 | 80,3% | 62 | 87,3% | |
| Obesidade (*IMC \geq 30Kg/m ²) | | | | | | | 0,40 |
| Sim | 57 | 43,2% | 24 | 39,3% | 33 | 46,5% | |
| Não | 75 | 56,8% | 37 | 60,7% | 38 | 53,5% | |

Continua...

Tabela 2 Continuação

| Variável | Total | | Até 6 meses | | Acima de 6 meses | | P-valor |
|-------------------------------------|-------|-------|-------------|-------|------------------|-------|---------|
| | N=132 | (%) | N(61) | n(%) | N(71) | n (%) | |
| Dor nas últimas 24h | | | | | | | 0,83 |
| Sim | 116 | 87,9% | 54 | 88,5% | 62 | 87,3% | |
| Não | 16 | 12,1% | 7 | 11,5% | 9 | 12,7% | |
| Número de áreas de dor | | | | | | | 0,57 |
| Até 4 regiões | 55 | 41,7% | 27 | 44,3% | 28 | 39,4% | |
| Acima de 5 regiões | 77 | 58,3% | 34 | 55,7% | 43 | 60,6% | |
| Localizações mais frequentes | | | | | | | |
| Ombro | | | | | | | 0,84 |
| Sim | 40 | 30,3% | 19 | 31,1% | 21 | 29,5% | |
| Não | 92 | 69,7% | 42 | 68,9% | 50 | 70,5% | |
| Lombar | | | | | | | 0,25 |
| Sim | 72 | 54,5% | 30 | 49,2% | 42 | 59,2% | |
| Não | 60 | 45,5% | 31 | 50,8% | 29 | 40,8% | |
| Quadril | | | | | | | 0,32 |
| Sim | 47 | 35,6% | 19 | 31,1% | 28 | 39,4% | |
| Não | 85 | 64,4% | 42 | 68,9% | 43 | 60,6% | |
| Joelho | | | | | | | 0,51 |
| Sim | 107 | 81,1% | 48 | 78,7% | 59 | 83,1% | |
| Não | 25 | 18,9% | 13 | 21,3% | 12 | 16,9% | |
| Dor nociceptiva pura | | | | | | | 0,06 |
| Sim | 72 | 54,5% | 28 | 45,9% | 44 | 62% | |
| Não | 60 | 45,5% | 33 | 54,1% | 27 | 38% | |
| Cinesioterapia individual | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 96 | 72,7% | 37 | 60,7% | 59 | 83,1% | |
| Não | 36 | 27,3% | 24 | 39,3% | 12 | 16,9% | |

Continua...

Tabela 2 Continuação

| Variável | Total | | Até 6 meses | | Acima de 6 meses | | P-valor |
|----------------------|-------|-------|-------------|-------|------------------|-------|---------|
| | N=132 | (%) | N(61) | n(%) | N(71) | n (%) | |
| Eletroterapia | | | | | | | 0,24 |
| Sim | 91 | 68,9% | 39 | 63,9% | 52 | 73,2% | |
| Não | 41 | 31,1% | 22 | 35,1% | 19 | 26,8% | |
| Hidroterapia | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 66 | 50% | 22 | 36% | 44 | 62% | |
| Não | 66 | 50% | 39 | 64% | 27 | 38% | |

*IMC: Índice de Massa Corporal

Tabela 3 – Prevalência da utilização de fisioterapia, por idosos com dor crônica musculoesquelética, de acordo com variáveis sociodemográficas, características da dor e tratamentos utilizados ajustados por sexo e faixa etária.

| Variáveis | N (132) | (%) | RP (IC95%) Bruta | RP (IC95%) Ajustada | P-valor |
|--|---------|-------|---------------------|------------------------|---------|
| Escolaridade | | | | | 0,94 |
| Até 8 anos de estudo | 84 | 63,6% | 0,99 (0,88-1,11) | | |
| Acima de 8 anos de estudo | 48 | 36,4% | 1 | | |
| Renda | | | | | 0,16 |
| Até 2 salários mínimos | 106 | 80,3% | 0,91 (0,80-1,03) | 0,91 (0,80-1,03) | |
| Acima de 2 salários mínimos | 26 | 19,7% | 1 | 1 | |
| Situação Conjugal | | | | | 0,26 |
| Com companheiro | 74 | 56,1% | 1 | | |
| Sem companheiro | 58 | 43,9% | 0,93 (0,83-1,04) | | |
| Obesidade (*IMC\geq30Kg/m²) | | | | | 0,40 |
| Sim | 57 | 43,2% | 1 | | |
| Não | 75 | 56,8% | 0,95 (0,85-1,06) | | |
| Tipo de dor | | | | | 0,09 |
| Nociceptiva | 72 | 54,5% | 1,11 (0,99-1,24) | 1,10 (0,98-1,23) | |
| Mista/Neuropática | 60 | 45,5% | 1 | 1 | |

Continua...

Tabela 3 Continuação

| Variáveis | N (132) | (%) | RP (IC95%) Bruta | RP (IC95%) Ajustada | P-valor |
|----------------------------------|----------------|------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------|
| Número de regiões de dor | | | | | 0,57 |
| Até 4 regiões | 55 | 41,7% | 0,96 (0,86-1,08) | | |
| Acima de 5 regiões | 77 | 58,3% | 1 | | |
| Dor ombro | | | | | 0,84 |
| Sim | 40 | 30,3% | 1 | | |
| Não | 92 | 69,7% | 0,98 (0,87-1,11) | | |
| Dor lombar | | | | | 0,25 |
| Sim | 72 | 54,5% | 1 | | |
| Não | 60 | 45,5% | 0,93 (0,83-1,04) | | |
| Dor quadril | | | | | 0,31 |
| Sim | 47 | 35,6% | 1 | | |
| Não | 85 | 64,4% | 0,94 (0,84-1,05) | | |
| Dor joelho | | | | | 0,52 |
| Sim | 107 | 81,1% | 1 | | |
| Não | 25 | 18,9% | 0,95 (0,82-1,10) | | |
| Cinesioterapia individual | | | | | 0,01 |
| Sim | 96 | 72,7% | 1,21 (1,06-1,37) | 1,20 (1,05-1,37) | |
| Não | 36 | 27,3% | 1 | 1 | |
| Cinesioterapia em grupo | | | | | 0,10 |
| Sim | 42 | 31,8% | 1,07 (0,96-1,21) | 1,09 (0,97-1,23) | |
| Não | 90 | 68,2% | 1 | 1 | |
| Eletroterapia | | | | | 0,25 |
| Sim | 91 | 68,9% | 1,07 (0,95-1,21) | | |
| Não | 41 | 31,1% | 1 | 1 | |
| Hidroterapia | | | | | 0,01 |
| Sim | 66 | 50% | 1,18 (1,06-1,31) | 1,13 (1,01-1,27) | |
| Não | 66 | 50% | 1 | 1 | |

*IMC: Índice de Massa Corporal
Razão de Prevalência (RP) ajustada por sexo e faixa etária

Discussão

Neste estudo, dos 193 idosos entrevistados, a maior prevalência da dor crônica musculoesquelética foi encontrada entre as mulheres, de baixa renda familiar e baixa escolaridade. Entre eles, 140 (72,5%) referiram que houve solicitação de fisioterapia para complementar o tratamento da dor, sendo que o tratamento com o fisioterapeuta foi iniciado por 132 (94,3%) dos portadores de dor crônica.

A frequência de encaminhamentos de indivíduos com dor crônica para o fisioterapeuta, em muitos estudos, não chega a 50%, como observado no estudo de Silva (2015) [17], em que a frequência foi de 1,1%; 43,1%, para Postler et al. (2018) [18], e de 45,4%, para Ferreira, Siqueira e Teixeira (2008) [19]; ou seja, observamos que, nesta pesquisa, esse profissional foi amplamente inserido no manejo da dor.

O fisioterapeuta da Atenção Primária, ao avaliar o paciente com dor crônica musculoesquelética, realiza o encaminhamento de acordo com o serviço que melhor se adequa a cada caso, podendo ser acompanhado na cinesioterapia em grupo, ofertada pelo fisioterapeuta da própria Unidade Básica de Saúde; como em serviço ambulatorial, seja por meio de cinesioterapia individual, de eletroterapia ou de hidroterapia. Diante do arcabouço organizacional, pode-se inferir que a atuação desse profissional é pertinente e possível, além de ser fundamental para o acompanhamento do idoso com dor crônica.

Entre as modalidades fisioterapêuticas mais utilizadas ao longo do tratamento dos idosos, foram encontradas a cinesioterapia individual (72,7%), a qual abrange exercícios de fortalecimento muscular e flexibilidade, seguida da eletroterapia (68,9%) – tratamento realizado por meio de estímulos elétricos [20].

A cinesioterapia e a eletroterapia também foram as abordagens mais utilizadas nos estudos de Postler et al. (2018) [16] e Jorge et al. (2015) [21], sendo observado que, geralmente, essas terapias são associadas numa mesma sessão, inclusive havendo recomendação de que a eletroterapia não seja realizada de forma isolada [22].

Embora não haja, na literatura, consenso sobre a modalidade terapêutica mais eficaz para alívio da dor crônica, é possível ressaltar o alcance que as diversas técnicas utilizadas atingem, pois não se trata apenas de aliviar a dor, mas também de promover a funcionalidade do indivíduo [23] para as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária.

Nesta pesquisa, observou-se que, entre os 132 idosos que aderiram à fisioterapia, 53,8% mantiveram o acompanhamento fisioterápico por período superior a 6 meses, sendo evidenciadas algumas características associadas à maior persistência do tratamento, como a

dor exclusivamente nociceptiva e a utilização das modalidades cinesioterapia individual e hidroterapia.

Para a adesão ser considerada satisfatória em um tratamento para dores musculoesqueléticas, por meio de exercícios, ela deve alcançar cerca de 80 a 99% da frequência [24, 25]. No entanto, ainda não está estabelecido na literatura qual seria o tempo mínimo para a abordagem da dor crônica, pois a maioria dos estudos, que avaliam as intervenções não farmacológicas para essa condição, geralmente é de curto prazo, considerando períodos menores do que 6 meses [26].

Quando são consideradas a avaliação personalizada, as preferências e as crenças individuais sobre a abordagem terapêutica utilizada, além da informação e dos esclarecimentos sobre o tratamento proposto – no qual a dor poderá se exacerbar ao longo da terapia, mas, com a continuidade terapêutica, ela se aliviará –, há melhor adesão de tratamentos não farmacológicos a longo prazo [25, 27, 28]. Além disso, observa-se que a motivação pessoal também contribui para a continuidade do cuidado por tempo mais prolongado [29, 30].

O indivíduo com dor nociceptiva, diferentemente daquele com dor neuropática, possui menor intensidade e interferência da dor nas suas atividades de vida diária [31] e menor influência nos componentes relacionados às crenças, à experiência da dor e às emoções [32]. Essa diferença, possivelmente, talvez seja um fator que contribua para a maior adesão à fisioterapia pelos idosos com dor nociceptiva, uma vez que as suas limitações e as crenças são menos restritivas e, portanto, favorecem a continuidade desse tipo de tratamento.

Além disso, muitas das abordagens fisioterapêuticas ainda possuem evidências limitadas para pacientes com dor neuropática. Não obstante, alguns recursos, na eletrotermofototerapia, utilizados para alívio da dor não podem ser aplicados nos pacientes com dor neuropática, devido à concomitância de fenômenos sensoriais que acabam impossibilitando o tratamento [33].

Ademais, foi observado que tratamentos multimodais e interdisciplinares proporcionam resultados melhores para o alívio da dor neuropática do que aqueles que não utilizam [33]. Assim, observa-se que o tratamento local disponível ainda não atinge os idosos com dor de predomínio neuropático da mesma forma que os de predomínio nociceptivo.

Em relação às modalidades fisioterápicas, a cinesioterapia individual, ao promover o fortalecimento muscular e utilizar movimentos de baixa intensidade, se coloca como terapêutica segura e bem tolerada para a população com dor crônica, possibilitando o alívio

da dor e a melhora da funcionalidade, da flexibilidade e do equilíbrio [34, 35]. Dessa forma, quando os idosos percebem os benefícios proporcionados pelo exercício, os quais tornam a sua rotina menos complicada, acabam aceitando o tratamento e persistindo nele.

A hidroterapia também se mostrou uma modalidade na qual os idosos demonstraram bastante interesse e adesão. Os benefícios da fisioterapia aquática estão relacionados às propriedades físicas da água, como densidade e temperatura [36], que facilitam os movimentos em todos os planos e reduzem a sobrecarga articular com a flutuação corporal. Além disso, também aliviam a dor e melhoram a funcionalidade, o equilíbrio [37] e a capacidade cardiovascular [38].

Ademais, o tratamento com a hidroterapia favorece a socialização, reduzindo o isolamento social e as perdas cognitivas que podem ser potencializados na presença da dor crônica, a qual [39] prejudica o convívio e a interação social. Por isso, acredita-se que a persistência neste tipo de abordagem esteja relacionada tanto à melhora dos aspectos físicos quanto dos relacionais.

Este estudo possui algumas limitações: por ser de corte transversal, não foi possível avaliar quais foram os tratamentos mais efetivos para a dor crônica, tampouco esclarecer, de forma mais sistemática, como se organizaram as sessões realizadas. Ainda, não foi aplicado instrumento específico para investigar quanto o tratamento com fisioterapia pode promover melhora da funcionalidade e no bem-estar social das relações pessoais desses idosos.

Considerações finais

Neste estudo, pode-se notar que a solicitação de fisioterapia como tratamento não farmacológico foi amplamente utilizada para o manejo da dor crônica nos idosos da comunidade. Com efeito, os idosos com dor exclusivamente nociceptiva, que realizavam cinesioterapia individual e hidroterapia, foram aqueles que mais persistiram no tratamento, pressupondo que esses idosos, além de confiarem nas técnicas fisioterápicas para o alívio das dores, também observaram melhora da funcionalidade.

Dessa forma, sugere-se outros estudos que busquem analisar tanto a eficácia das intervenções a longo prazo como os fatores que levam os idosos a aderir aos tratamentos mais longos, pois, ainda que os benefícios proporcionados pela fisioterapia possam ser observados nos primeiros meses de tratamento, faz-se necessário o acompanhamento de maior duração para a promover não só o alívio da dor como também a manutenção de

melhores níveis de funcionalidade. Sugere-se, também, estudos que possam avaliar o quanto a fisioterapia contribui para a melhoria da socialização.

Conflito de Interesses

Este estudo não apresenta conflitos de interesses reais nem potenciais.

Financiamento

Próprio autor.

Referências do artigo

1. Bicket MC, Mao J. Chronic pain in older adults. *Anesthesiology Clinics*. 2015; volume 33(3): 577 – 590.
2. Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev. dor*. 2011; 12(4): 297-300.
3. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2013;29(2):325-334.
4. Minson FP, Morete MC, Marangoni MA. DOR. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015 (Coleção Manuais de especialização).
5. Cordeiro Q. et al. Lombalgia e cefaleia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. *Acta Fisiatr*. 2008; 15(2):101-5.
6. Tang SK, Tse MMY, Leung SF, Fotis T. The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing in pain. 2019; 19:1488
7. Audi EG, Dellaroza MSG, Cabrera MAS, Santos HG et al. Estudo SABE: Fatores associados ao uso de medicamentos para controle da dor crônica em idosos. *Sci Med*. 2019; 29(4) 1-11.
8. Martins JA. Socioanthropological contributions to physical therapy in chronic back pain. *Fisioterapia em Movimento*. 2017; 30: 101-109.
9. Arantes PMM, Alencar MA, Dias RC, Dias JMD, Pereira LSM. Atuação da fisioterapia na síndrome da fragilidade: revisão sistemática. *Rev Bras Fisioter*. 2009; 13(5): 366-75.
10. Silva FED, Dantas FRP, Macena RHM, Vasconcelos TB. Processo de implantação da estratégia vigilância à dor crônica osteomioarticular na atenção básica. *Estudo de Caso. Rev. Dor*. 2016; 17(1):69-72.

11. Agranonik M, Hirakata VN. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. *Clinical & Biomedical Research*. 2011; 31 (3): 382-388
12. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2011; 19(4): 505-11.
13. Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I., & Shanti, B. F. Validation of the brief pain inventory for chronic nonmalignant pain. *The Journal of Pain*. 2004; 5(2), 133–137.
14. Schestatsky P et al. Brazilian Portuguese Validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain. *Pain Medicine*. 2011; 12: 1544-1550.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Dor Crônica. In: *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília. 2014; 3: 195-220.
16. Silva GG, Sirena AS. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2015; 24 (1): 123-133.
17. Postler A, Ramos AL, Goronzy J, Günter KP, Lange T, Schimitt J, Zink A, Hoffmann. Prevalence and treatment of hip and knee osteoarthritis in people aged 60 years or older in Germany: an analysis based on health insurance claims data. *Clinical Interventions in Aging*. 2018; 13: 2339-2349.
18. Ferreira KASL, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Características demográficas, da dor e do tratamento dos pacientes atendidos em centro multidisciplinar de dor. *Cad. Saúde Coletiva*. 2008;16(3): 449-470.
19. Low JR, Val W, Alex-Reed. *Eletroterapia Explicada - Princípios e Prática*. Ed. Elsevier, 2009 [1]
20. Jorge MSG, Zanin C, Knob B, Wibeling, LM. Physiotherapeutic intervention on chronic lumbar pain impact in the elderly. *Rev. Dor*. 2015; 16(4):302-5
21. Oliveira JGD, Sousa ME, Coutinho SMA, Castro S, Paulo IMM. Uso da eletroterapia associado à cinesioterapia no tratamento de pacientes com osteoartrite. *Fisioterapia Ser*. 2015; 10(2):103-107.
22. Drebenstedt C. Nichtmedikamentöse Schmerztherapie bei chronischem Schmerz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2018; 29: 1-5.
23. Bailey DL, Holden MA, Foster NE, Quicke JG, Haywood KL, Bishop A. Defining adherence to therapeutic exercise for musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2018; 0:1-7.
24. Hicks [2] GE, Benvenuti F, Fiaschi V, Lombardi B et al. Adherence to a Community-Based Exercise Program is a Strong Predictor of Improved Back Pain Status in Older Adults: An Observational Study. *Clin J Pain*. 2012; 28(3): 195-203.
25. Makris EU, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistente pain in the older patient a clinical review. *JAMA*. 2014; 312 (8): 825-836. [3]

26. Rice D, McNair P, Huysmans E, Letzen J, Finan P. Best evidence rehabilitation for chronic pain part 5: Osteoarthritis. *J. Clin Med* 2019; 8, 1769: 1-31.
27. Rillo O, Riera H, Acosta C, Liendo V, et al. PANLAR Consensus recommendations for the management is osteoarthritis of hand, hip and knee. *Journal of Clinical Rheumatology*, 2016; 2(7): 345-354.
28. Damush TM, Perkins SM, Mikesky AE, Roberts M, O’Dea J. Motivational factors influencing older adults diagnosed with knee osteoarthritis to join and maintain an exercise program. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2005; 13: 45-60.
29. Benedetti TRB, Schwingel A, Gomez LSR, Chodzko-Zajko W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012; 14(6):723-737.
30. Erdemoglu ÂK, Koc R. Brief Pain Inventory score identifying and discriminating neuropathic and nociceptive pain. *Acta Neurol Scand*. 2013; 128: 351-358.
31. Daniel HC, Narewska J, Serpell M, Hoggart B, Johnson R, Rice ASC. Comparison of psychological and physical function in neuropathic pain and nociceptive pain: Implications for cognitive behavioral pain management programs. *European Journal of pain*. 2008[4]: 731-741.
32. Baptista AF, Yeng LT, Menezes MS. Terapia física e reabilitação em doentes com dor neuropática. In: *Dor neuropática: avaliação e tratamento*. 1ª Ed. Leitura médica, 2012: 95-116.
33. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin*. 2019 37(3):547-560;
34. Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: why and when. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*. 2015; 29: 120-130.
35. Bergamin M, Armolao A, Tolomio S, Berton L, Sergi G, Zaccaria M. Water-versus land-based exercise in elderly subjects: effects on physical performance and body composition. *Clinical Interventions in Aging*. 2013; 8(1):1109–1117.
36. Amelia SE. Effects of practice exercises in water in patients with Parkinson’s disease. *Med. Sport*. 2011; 7(4):1693-1699.
37. Facci LM, Marquetti R, Coelho KC. Fisioterapia aquática no tratamento da osteoartrite de joelho: série de casos. *Fisioterapia em movimento* 2007; 20(1):17-27.
38. Salicio MA, Salicio VMM, Luz ISF, Fett, CA. Hidroterapia como recurso para melhora da qualidade de vida de idosos. *Revista Inspirar*. 2018; 48; 18 (4): 1-7

ARTIGO 2 – REVISTA GERIATRICS, GERONTOLOGY AND AGING

FATORES DETERMINANTES DA AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

RESUMO

Objetivo: Este estudo aborda o enfoque aos fatores determinantes das crenças de autoeficácia em idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética, uma vez que o prognóstico do acompanhamento do indivíduo está intimamente relacionado à maneira como a pessoa enfrenta a sua dor. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, com idosos residentes na área urbana acometidos de dor crônica musculoesquelética. A amostra foi selecionada de forma não probabilística por conveniência. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e de dados não paramétricos. **Resultados:** Foram entrevistados 193 idosos, sendo 70,5% do sexo feminino; com baixa escolaridade. Houve indicação de dor, com maior frequência, na coluna lombar e em membros inferiores. A autoeficácia foi mais bem avaliada por idosos que moravam sós, por aqueles com a faixa etária acima de 70 anos e por aqueles que foram classificados com dor exclusivamente nociceptiva. A dor no ombro foi indicativo de pior autoeficácia para funcionalidade. **Conclusão:** Esta pesquisa traz à tona itens relacionados à autoeficácia dos idosos com dor crônica e reitera a importância da abordagem multidisciplinar para o manejo da dor crônica, a fim de garantir a autonomia, a independência e o bem-estar desses indivíduos.

Palavras-chave: Atenção à saúde do idoso, autoeficácia, dor crônica

ABSTRACT

Objective: The present study addresses the focus on the determinant factors of self-efficacy beliefs in elderlies from the community with musculoskeletal chronic pain, once the individual monitoring prognosis is closely related to the way people face their own pain. **Methodology:** It was a cross-sectional study with urban resident elderlies facing musculoskeletal chronic pain. Elderlies from rural areas were excluded. The sample was selected in a non-probabilistic way by convenience. A descriptive, bivariate analysis of non-

parametric data was conducted. **Results:** 193 elderlies were interviewed, in which 70.5% were females of low education level; pain indication was observed in higher frequency on the lumbar spine and in lower limbs. Self-efficacy was better rated by elderlies who live alone, by those in the age group above 70 years old and by those who were classified with nociceptive pain exclusively. Shoulder pain was indicative of worst self-efficacy for functionality. **Conclusion:** This research elicits related ideas to self-efficacy of chronic pain elderlies and reiterates the importance of a multidisciplinary approach to the management of chronic pain, in order to guarantee autonomy, independence and well-being to these individuals.

Keywords: Health Services for the Elderly; self-efficacy, chronic pain.

INTRODUÇÃO

A dor crônica tem sido continuamente estudada, classificada e codificada para que os profissionais de saúde saibam lidar com a interferência que ela produz nas atividades da vida diária e nas questões emocionais, como depressão, angústia e ansiedade¹, pois é considerada uma das principais fontes de sofrimento humano². Sendo assim, alguns fatores psicológicos, o medo do movimento e, até mesmo, a autoeficácia devem estar presentes na avaliação da pessoa com dor crônica, afinal o prognóstico do acompanhamento do indivíduo está intimamente relacionado à maneira como ele enfrenta a sua dor³.

A autoeficácia pode ser definida como a força das convicções que uma pessoa tem de poder executar determinada atividade obtendo o resultado esperado⁴. Não se trata de crenças gerais sobre si, mas de crenças pessoais diante de situações específicas⁵. De acordo com Martinez-Calderon et al.⁶, a autoeficácia pode funcionar como um potente mediador entre a dor crônica musculoesquelética e as relações de incapacidades estabelecidas, sendo considerada como um fator de proteção.

A avaliação sobre as crenças de autoeficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor pode ser feita por meio da escala *Chronic Pain Self-efficacy* (Escala de Autoeficácia para Dor Crônica). Criada por Anderson em 1995, essa metodologia foi validada para o português em 2004⁵ e possui três domínios: a autoeficácia para o controle da dor (AECD), para a funcionalidade (AEF) e para lidar com outros sintomas (AELS).

O objetivo deste estudo foi o de identificar os fatores determinantes das crenças de autoeficácia e do medo do movimento em idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal. A pesquisa foi realizada em idosos com dor musculoesquelética acima de 3, residentes na área urbana do município de Londrina, PR.

A amostra foi selecionada de forma não probabilística por conveniência, sendo composta por indivíduos de 60 anos ou mais que estavam cadastrados para passar por consulta de especialidades ortopédicas entre abril de 2016 e abril de 2017. Para o cálculo do tamanho amostral, foram utilizados os parâmetros estatísticos de nível de confiança de 95%, erros estatísticos máximos de 5,0%, para o erro de tipo I, e de 20,0%, para o erro de tipo II, sendo consideradas as variáveis de interesse: sexo, escolaridade e renda familiar mensal. Obteve-se o número de participantes de 193 idosos.

Os dados foram coletados por integrantes do projeto de pesquisa principalmente entre junho 2018 e junho 2019. Assim, para a caracterização da amostra, requisitaram-se dados sociodemográficos e, para a caracterização da dor, utilizaram-se dois instrumentos: o inventário breve da dor, o qual identifica a localização, a intensidade e a interferência da dor nas atividades diárias e nos relacionamentos⁷; e o *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain* (LANSS), o qual classifica a dor como nociceptiva, mista ou neuropática⁸.

Para avaliar as crenças de autoeficácia, empregou-se a escala *Chronic Pain Self-efficacy*, validada para o português como Escala de Autoeficácia para Dor Crônica, a qual é composta por três domínios: a autoeficácia para controle da dor, com 5 itens, a autoeficácia para a funcionalidade, com 9 itens, e a autoeficácia para lidar com outros sintomas, com 8 itens. Cada item é pontuado de 10 a 100, em uma escala Likert, e, ao final, o escore pode variar entre 30 e 300 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a crença de autoeficácia^{5,9}. E, a fim de avaliar algumas crenças sobre a dor como principal limitação para as atividades de vida diária e sobre a influência do exercício físico para alívio ou piora da dor, foram elaboradas questões simples com respostas dicotômicas “sim ou não”.

O banco de dados foi tabulado no formato Excel e analisado com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS) para Windows (versão IBM 19.0 SPSS Inc.®*, Chicago, Illinois).

Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequência absoluta e relativa; para a análise bivariada, empregou-se o teste Qui-quadrado; e para análise de dados não paramétricos foi utilizado o teste de Mann-Whitney-U, apresentando a distribuição por meio das medianas e dos intervalos interquartílicos.

RESULTADOS

Foram entrevistados 193 idosos que apresentavam dor crônica musculoesquelética. A amostra foi composta por 136 mulheres (70,5%); 111 idosos (57,5%) encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos; 159 (82,4%) possuíam renda familiar de até dois salários mínimos e 117 (60,6%) tinham ensino fundamental incompleto (Tabela 1). A maioria não morava sozinha (85%) e 172 (89,1%) relataram ter recebido alguma prescrição de tratamento não medicamentoso para dor crônica (Tabela 1).

Em relação às características da dor, a localização mais frequente foi no joelho (77,7%), seguida pela região lombar (48,2%). A intensidade da dor foi considerada leve por 47,2% dos idosos e o impacto da dor para as atividades gerais foi considerado moderado por 44,6%. A dor exclusivamente nociceptiva foi identificada em 54,9% dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e da dor de idosos com dor crônica musculoesquelética, segundo sexo. Londrina, 2020.

| Variável | Feminino 136 | n (%) 70,5 | Masculino 57 | n (%) 29,5 | Total 193 | n (%) 100 | P-valor |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|---------|
| Situação conjugal | | | | | | | 0,01 |
| Com companheiro | 65 | 58,6 | 46 | 41,4 | 82 | 42,5 | |
| Sem companheiro | 71 | 86,6 | 11 | 13,4 | 111 | 57,5 | |
| Faixa etária | | | | | | | 0,17 |
| 60-69 anos | 74 | 66,7 | 37 | 33,3 | 111 | 57,5 | |
| 70 anos ou mais | 62 | 75,6 | 20 | 24,4 | 82 | 42,5 | |
| Obesidade (*IMC≥30Kg/m²) | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 64 | 81,0 | 15 | 19,0 | 79 | 41,0 | |
| Não | 72 | 63,2 | 42 | 36,8 | 114 | 59,0 | |

Continua...

Tabela 1 - Continuação

| Variável | Feminino 136 | n (%) 70,5 | Masculino 57 | n (%) 29,5 | Total 193 | n (%) 100 | P-valor |
|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|---------|
| Mora sozinho | | | | | | | 0,11 |
| Sim | 112 | 68,3 | 5 | 17,2 | 29 | 15,0 | |
| Não | 24 | 82,9 | 52 | 31,7 | 164 | 85,0 | |
| Tabagista | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 6 | 35,3 | 11 | 64,7 | 17 | 8,8 | |
| Não | 130 | 73,9 | 46 | 26,1 | 176 | 91,2 | |
| Tempo de dor | | | | | | | 0,12 |
| Dor de 3 a 6 meses | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 0,5 | |
| Dor acima 6 meses | 136 | 70,8 | 56 | 29,2 | 192 | 99,5 | |
| Localização mais frequentes | | | | | | | |
| Ombro | 45 | 75 | 15 | 25 | 60 | 31,0 | 0,35 |
| Lombar | 71 | 76,3 | 22 | 23,7 | 93 | 48,2 | 0,08 |
| Quadril | 44 | 72,1 | 17 | 27,9 | 61 | 31,6 | 0,73 |
| Joelho | 109 | 72,7 | 41 | 27,3 | 150 | 77,7 | 0,21 |
| Intensidade da dor | | | | | | | 0,11 |
| Leve | 60 | 65,9 | 31 | 34,1 | 91 | 47,2 | |
| Moderada | 51 | 69,9 | 22 | 30,1 | 73 | 37,8 | |
| Intensa | 25 | 86,2 | 4 | 13,8 | 29 | 15,0 | |
| Impacto da dor nas atividades gerais | | | | | | | 0,35 |
| Leve | 43 | 65,2 | 23 | 34,8 | 66 | 34,2 | |
| Moderado | 65 | 75,6 | 21 | 24,4 | 86 | 44,6 | |
| Intenso | 28 | 68,3 | 13 | 31,7 | 41 | 21,2 | |
| Tipo da dor | | | | | | | 0,39 |
| Nociceptiva | 72 | 67,9 | 34 | 32,1 | 106 | 54,9 | |
| Mista/Neuropática | 64 | 73,6 | 23 | 26,4 | 87 | 45,1 | |
| Utilização de tratamento medicamentoso | | | | | | | 0,22 |
| Sim | 115 | 72,3 | 44 | 27,7 | 159 | 82,4 | |
| Não | 21 | 61,8 | 13 | 38,2 | 34 | 17,6 | |
| Prescrição de tratamento medicamentoso | | | | | | | 0,44 |
| Sim | 121 | 70,3 | 51 | 29,7 | 172 | 89,1 | |
| Não | 15 | 71,4 | 6 | 28,6 | 21 | 10,9 | |

Continua...

Tabela 1 - Continuação

| Variável | Feminino 136 | n (%) 70,5 | Masculino 57 | n (%) 29,5 | Total 193 | n (%) 100 | P-valor |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|---------|
| Crenças | | | | | | | |
| Dor principal motivo das limitações diárias | | | | | | | 0,04 |
| Sim | 127 | 72,6 | 48 | 27,4 | 175 | 90,7 | |
| Não | 9 | 50,0 | 9 | 50,0 | 18 | 9,3 | |
| Medo de que o exercício possa machucá-lo | | | | | | | 0,83 |
| Sim | | | | | | 35,8 | |
| | 48 | 69,6 | 21 | 30,4 | 69 | | |
| Não | | | | | | 64,2 | |
| | 88 | 71,0 | 36 | 29,0 | 124 | | |
| Alguma vez o exercício piorou a dor | | | | | | | 0,46 |
| Sim | | | | | | 37,3 | |
| | 53 | 73,6 | 19 | 26,4 | 72 | | |
| Não | | | | | | 62,7 | |
| | 83 | 68,6 | 38 | 31,4 | 121 | | |

Fonte: Dados obtidos pelo Inventário Breve de Dor e pela Escala de LANNS.

*IMC: Índice de Massa Corporal

Para localização da dor e dos tipos de tratamentos não farmacológicos, os idosos poderiam assinalar mais de uma opção.

Ao analisar os domínios de autoeficácia de forma isolada e, posteriormente, de forma geral, pode-se observar que idosos com faixa etária acima de 70 anos apresentaram maior eficácia para lidar com outros sintomas (108,1; $p < 0,01$). Além disso, o fato de o idoso morar sozinho também apontou diferença em relação a todos os domínios e na autoeficácia geral (121,1; $p < 0,01$) (Tabela 2).

Quando considerada a localização da dor, o fato de o idoso não ter dor no ombro favoreceu a sua percepção de autoeficácia para o controle da dor, para a funcionalidade e na autoeficácia geral (103,1; $p < 0,02$). Já o idoso que não relatou dor no joelho apresentou melhor autoeficácia para lidar com outros sintomas (112, 8; $p < 0,03$) (Tabela 2).

O tipo de dor apresentado também demonstrou diferença entre os grupos, pois os idosos que apresentavam dor exclusivamente nociceptiva possuíam melhor autoeficácia para o controle da dor, para funcionalidade, para lidar com outros sintomas e na autoeficácia geral do que aqueles idosos com dores classificadas como mista ou neuropáticas (Tabela 2).

A respeito da análise de algumas crenças, aqueles idosos que não acreditavam na dor como o principal motivo de sua limitação diária tiveram melhor autoeficácia para lidar com outros sintomas ($p < 0,01$). Enquanto os indivíduos que referiram não ter receio de lesão para

o exercício apresentaram melhor autoeficácia para a funcionalidade ($p < 0,01$), além de autoeficácia geral ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Autoeficácia de idosos com dor crônica musculoesquelética, de acordo com variáveis sociodemográficas, obesidade, características da dor, profissionais e crenças sobre o exercício físico. Londrina, 2020.

| Variável | Autoeficácia para controle da dor | | Autoeficácia para funcionalidade | | Autoeficácia para lidar com outros sintomas | | Autoeficácia total | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------|----------------------------------|---------|---|---------|---------------------|---------|
| | Mediana (IIQ) | P-valor | Mediana (IIQ) | P-valor | Mediana (IIQ) | P-valor | Mediana (IIQ) | P-valor |
| | 60,2 (47,2-75,6) | | 57,6 (43-74) | | 64,8 (51,2-79,3) | | 182,7 (146,8-221,6) | |
| Sexo | | 0,34 | | 0,47 | | 0,10 | | 0,90 |
| Feminino | 94,5 | | 95,1 | | 101,25 | | 96,7 | |
| Masculino | 102,8 | | 101,4 | | 86,8 | | 97,7 | |
| Faixa etária | | 0,75 | | 0,96 | | 0,01 | | 0,36 |
| 60-69 anos | 95,9 | | 96,8 | | 88,7 | | 93,8 | |
| 70 e mais | 98,4 | | 97,1 | | 108,1 | | 101,2 | |
| Mora sozinho | | 0,03 | | 0,06 | | 0,04 | | 0,01 |
| Sim | 116,9 | | 114,7 | | 116,1 | | 121,16 | |
| Não | 93,4 | | 93,8 | | 93,6 | | 92,73 | |
| Obesidade | | 0,86 | | 0,17 | | 0,22 | | 0,28 |
| Sim | 97,5 | | 101,52 | | 101,0 | | 100,5 | |
| Não | 96,1 | | 90,7 | | 91,1 | | 91,8 | |
| Tratamento farmacológico | | 0,51 | | 0,05 | | 0,89 | | 0,36 |
| Sim | 98,2 | | 100,6 | | 97,2 | | 98,6 | |
| Não | 91,28 | | 80,1 | | 95,8 | | 89,1 | |
| Tratamento não farmacológico | | 0,06 | | 0,47 | | 0,87 | | 0,84 |
| Sim | 100,8 | | 102,5 | | 98,2 | | 95,4 | |
| Não | 82,8 | | 95,4 | | 96,6 | | 97,4 | |
| Localização da dor | | | | | | | | |
| Ombro | | 0,05 | | 0,04 | | 0,28 | | 0,02 |
| Sim | 85,6 | | 84,7 | | 90,5 | | 83,3 | |
| Não | 102,1 | | 102,5 | | 99,9 | | 103,1 | |
| Lombar | | 0,48 | | 0,60 | | 0,87 | | 0,44 |
| Sim | 94,0 | | 94,1 | | 96,4 | | 93,8 | |
| Não | 99,7 | | 99,0 | | 97,6 | | 99,9 | |
| Quadril | | 0,76 | | 0,71 | | 0,65 | | 0,95 |
| Sim | 95,2 | | 99,1 | | 99,6 | | 96,6 | |
| Não | 97,8 | | 96,0 | | 95,7 | | 97,1 | |
| Joelho | | 0,63 | | 0,18 | | 0,03 | | 0,19 |
| Sim | 95,96 | | 94,1 | | 92,4 | | 94,1 | |
| Não | 100,6 | | 106,9 | | 112,8 | | 106,8 | |

Continua...

Tabela 2 – Continuação

| Variável | Autoeficácia para controle da dor | | Autoeficácia para funcionalidade | | Autoeficácia para lidar com outros sintomas | | Autoeficácia total | |
|--|-----------------------------------|---------|----------------------------------|---------|---|---------|---------------------|---------|
| | Mediana (IIQ) | P-valor | Mediana (IIQ) | P-valor | Mediana (IIQ) | P-valor | Mediana (IIQ) | P-valor |
| | 60,2 (47,2-75,6) | | 57,6 (43-74) | | 64,8 (51,2-79,3) | | 182,7 (146,8-221,6) | |
| Tipo de dor | | | | | | | | |
| Exclusivamente e nociceptiva | | | | | | | | |
| Sim | 106,0 | 0,01 | 107,3 | 0,01 | 104,1 | 0,05 | 107,9 | 0,01 |
| Não | 86,0 | | 84,3 | | 88,3 | | 83,6 | |
| Dor principal motivo das limitações diárias | | 0,16 | | 0,18 | | 0,01 | | 0,07 |
| Sim | 95,2 | | 95,3 | | 93,8 | | 94,6 | |
| Não | 114,3 | | 113,5 | | 127,5 | | 119,8 | |
| Medo de que o exercício possa machucá-lo | | 0,09 | | 0,01 | | 0,48 | | 0,05 |
| Sim | 87,9 | | 84,2 | | 93,2 | | 86,5 | |
| Não | 102,0 | | 104,1 | | 99,1 | | 102,7 | |
| Alguma vez o exercício piorou a dor | | 0,04 | | 0,57 | | 0,31 | | 0,21 |
| Sim | 86,3 | | 94,0 | | 91,7 | | 90,5 | |
| Não | 103,3 | | 98,7 | | 100,1 | | 100,8 | |

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve prevalência de pessoas do sexo feminino, com baixa escolaridade, indicação do local da dor de maior frequência na coluna lombar e em membros inferiores. A autoeficácia foi mais bem avaliada por idosos que moravam sós, por aqueles com a faixa etária acima de 70 anos e por aqueles que foram classificados com dor exclusivamente nociceptiva.

Quando pesquisas são realizadas para identificar as dores musculoesqueléticas em idosos, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, algumas características são comumente encontradas, como prevalência da dor em mulheres^{10, 11, 12}, em indivíduos de baixa escolaridade^{11, 12}, e dor em coluna lombar e membros inferiores^{10, 11, 12}.

Ante às crenças de autoeficácia, quando comparadas ao sexo, não foram evidenciadas diferenças significativas, corroborando estudo de Larsson et al.¹³, o qual também não encontrou diferenças entre homens e mulheres após analisadas as variáveis relacionadas às crenças de medo do movimento, demonstrando que essa não seria a principal variável de interferência na autoeficácia desses indivíduos.

Além disso, os idosos acima de 70 anos tiveram melhor percepção de autoeficácia em relação àqueles de menor faixa etária; isso pode ser explicado pelo fato de que alguns idosos já esperam, como consequência do envelhecimento, a dor e a limitação dos movimentos e, por isso, acabam criando mecanismos para conviver com essas condições, seja utilizando medicamentos ou ignorando a própria dor¹³. Ademais, para muitos idosos, o envelhecer com saúde não significa apenas não ter doença, mas ter autonomia, capacidade para o autocuidado e para se adaptar às mudanças relacionadas à idade^{14, 15}.

Também pode-se dizer que os idosos entre 60 e 69 anos, ainda que com dor crônica e, por vezes, mais ativos do que os idosos acima de 70 anos, acabam comparando a atual situação de limitação, causada pela dor, com um passado recente de uma fase mais ativa e, portanto, percebem-se menos capazes, interferindo na crença de autoeficácia.

Perante uma situação de redução da resiliência biológica, na qual se percebe diminuição da funcionalidade física e cognitiva, é compreensível a preocupação desses idosos com a sua condição de saúde¹⁶. Por isso, nessa fase, recursos psicossociais são importantes para auxiliar na aquisição de comportamentos adaptativos e melhorar a percepção da autoeficácia¹⁷.

Não obstante, os idosos que moravam sozinhos também apresentaram melhor percepção de autoeficácia do que aqueles que moravam com mais de uma pessoa. De acordo com

Toledano-González¹⁸, quando um indivíduo é capaz de realizar suas atividades da vida diária de maneira independente, ele possui melhor percepção de autoeficácia e bem-estar. Nesse sentido, variáveis como cognição e apoio social são importantes para o enfrentamento das dores¹³; assim, ainda que vivam sós, possivelmente esses idosos tenham preservadas essas características.

Ao ser analisada a autoeficácia em relação à localização da dor, foi observado que as regiões mais prevalentes da dor não foram as que mais impactaram na autoeficácia do idoso. Neste estudo, ficou evidente que, quando o idoso apresenta dor na região do ombro, a sua percepção de autoeficácia é menor em relação às outras regiões corporais; ou seja, ele sente-se menos capaz de controlar a própria dor e de executar as tarefas da vida diária.

Esse achado concorda com a pesquisa desenvolvida por Imagama et al.¹⁹, a qual elucida que, apesar da existência de outros tipos de dor crônica musculoesquelética, a dor no ombro teve maior impacto negativo em domínios de qualidade de vida relacionados e de saúde mental.

A dor musculoesquelética, na maioria das vezes, pode ser considerada de origem nociceptiva; no entanto, ela também pode ser advinda de condições neuropáticas²⁰. Embora ambas comprometam questões físicas e psicológicas do indivíduo, neste estudo, foi observado que os idosos com dor exclusivamente nociceptiva obtiveram melhor autoeficácia em relação àqueles com dor mista ou neuropática.

De acordo com Haythornthwaite e Benrud-Larson²¹, o sofrimento e a intensidade causados tanto pela dor nociceptiva quanto pela dor neuropática são semelhantes. No entanto, segundo Daniel et al.²², as diferenças entre a dor neuropática e a nociceptiva não se encontram apenas nas variáveis mais comuns de análise da dor, como humor, cognição e função física, mas também em fatores ligados às crenças, à experiência da dor e às emoções – os quais são ainda mais evidentes para os indivíduos com dor neuropática.

Para avaliar mais detalhadamente a influência da autoeficácia sobre o medo do movimento, nesta pesquisa, foi realizada uma análise em um contexto mais específico de dor referida e, dessa forma, pôde-se perceber que as crenças relacionadas ao exercício e à autoeficácia foram significativas.

Os idosos que acreditam que a dor tenha sido o principal motivo de limitação tendem a ter autoeficácia mais baixa, assim como aqueles que têm medo de que o exercício possa machucá-lo. Além disso, os que acreditam que alguma vez o exercício piorou a sua dor têm pior autoeficácia para o controle dela. Desse modo, o medo de que o movimento piore a dor ou

agrave uma lesão já instalada faz com que muitos idosos acreditem que determinadas atividades não possam ser realizadas^{23,24}.

De forma geral, quando os indivíduos percebem a dor como uma ameaça e desenvolvem pensamentos catastróficos sobre ela, eles tendem a se comportar de forma a evitá-la²⁵. Essa crença está associada ao desuso e à piora da função física para a vida diária^{26,27} – o que, conseqüentemente, induz o indivíduo a um isolamento social²⁸.

Apesar da relevância dos estudos de corte transversal, eles esbarram em algumas limitações. A primeira delas, no caso desta pesquisa, seria o fato de não ser possível estabelecer a relação de causa e efeito entre a dor crônica e a autoeficácia desses idosos. A segunda limitação a ser destacada é a de que, por mais que tenham sido utilizados instrumentos validados para avaliar a dor crônica e a autoeficácia, a subjetividade inerente a essas variáveis talvez pudesse ser mais bem explorada por meio de estudos de abordagem qualitativa.

CONCLUSÃO

Pode-se observar, com este estudo, que não houve diferença entre gênero e autoeficácia para os idosos com dor crônica. No entanto, a percepção de autoeficácia foi menor, em mais de um domínio, entre aqueles idosos com dor no ombro e dor neuropática.

Em contrapartida, a maior autoeficácia, em todos os domínios, para os idosos que moravam sozinhos, traz à tona a relevância da capacidade para o enfrentamento das mudanças relacionadas ao envelhecimento e para o autocuidado, porque, apesar de possuírem dores crônicas, esses idosos sentem-se confiantes na realização de suas tarefas. No entanto, vale ressaltar que a condição cognitiva e o apoio social e familiar são imprescindíveis para que o idoso possa morar só.

Não obstante, esta pesquisa revela itens fundamentais relacionados à autoeficácia do idoso com dor crônica. Assim, reitera a importância da abordagem multidisciplinar para o manejo da dor crônica para todos os indivíduos envolvidos nesse processo, quais sejam, os próprios idosos, suas famílias, profissionais de saúde e gestores, de modo que são inúmeros os fatores a serem avaliados e abordados para garantir a autonomia, a independência e o bem-estar desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Nicholas M , Vlaeyenohan JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain Journal Online*. 2019; 160 (1): 28–37
2. Treede RD, Rief W, Barke A , Aziz Q, Bennett MI , Benoliel R et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain Journal Online*. 2019; 160: (1)19–27
3. Sleijser-Koehorst MLS, Bijker L, Cuijpers P, Gwendolyne GM, Scholten-Peeters, Coppieters MW. Preferred self-administered questionnaires to assess fear of movement, coping, self-efficacy, and catastrophizing in patients with musculoskeletal pain—A modified Delphi study. 2019; 160 (3): 600–606.
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Adv. Rehab. Res. Ther.* 1978; 1(1):139-161.
5. Salvetti MG. Crença de autoeficácia e validação da “chronic pain self-efficacy scale”. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004. Dissertação de mestrado.
6. Martinez-Calderon JPT, Zamora-Campos C, Navarro-Ledesma S, Luque-Suarez A. The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: a Systematic Review. *The Journal of Pain*. 2018; 19(1):10-34.
7. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2011; 19(4): 505-11.
8. Schestatsky P, Félix-Torres V, Chaves MLF, Câmara-Ehlers B, Mucenic T, Caumo W. et al. Brazilian Portuguese Validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain. *Pain Medicine*. 2011; 12(10):1544-1550.
9. Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Peeters-Asdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. 1995; 63(1):77-84.
10. Larsson C, Hansson EE, Sundquist K, Jakobsson U. Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2016; 46(4):317-325
11. Leung YY, Teo SL, Chua MB , Raman P, Liu C, Chan A. Living arrangements, social networks and onset or progression of pain among older adults in Singapore. *Geriatr Gerontol Int* 2016; 16(6):693–700.
12. Dellaroza, MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29(2):325-334

13. Larsson C , Hansson EE, Sundquist K, Jakobsson U. Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatrics*. 2016 (Consultada em 12/02/2020); 16:128. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936054/>
14. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older Adults' Views of "Successful Aging" How Do They Compare with Researchers' Definitions? *JAGS*. 2004; 52(2):211–216
15. Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. *Rev.Saúde.Com*. 2006; 2(2):101-114
16. Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016; 19(2):203-222.
17. Sargent-Cox KA, Butterworth P, Anstey KJ. Special Issue: Successful Aging. Role of Physical Activity in the Relationship Between Mastery and Functional Health. *The Gerontologist*. 2015; 55(1):120–131.
18. Toledano-González A, Labajos-Manzanares T, Romero-Ayuso D. Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults: A Randomized Trial of Occupational Therapy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2019 (Consultada em 10/02/2020); 83 277–284. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494319301104>
19. Imagama S, Ando K, Kobayashi K, Seki T, Hamada T, Machino M et al. Shoulder pain has most impact on poor quality of life among various types of musculoskeletal pain in middle-aged and elderly people: Yakumo study. *Modern Rheumatology*, 2019 (Consultada em 07/02/2020) (27). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2019.1623364>
20. Blyth FM, Noguchi N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2017; 31(2):160-168
21. Haythornthwaite JA, Benrud-Larson LM. Psychological aspects of neuropathic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2000; 16(2 Suppl):101-5
22. Daniel HC, Narewska J, Serpell M, Hoggart B, Johnson R, Rice ASC. Comparison of psychological and physical function in neuropathic pain and nociceptive pain: Implications for cognitive behavioral pain management programs. *European Journal of Pain*. 2008; 12(6): 731–741.
23. Crombrez G, Lysens LVR, Eelen FBP. Avoidance confrontation of painful, back-straining movements in chronic back pain patients. *Behavior Modification*. 1998; (22)1:62-77.
24. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*. 1990; 3:35–43.
25. Simons LE, Kaczynski K. The Fear Avoidance Model of Chronic Pain: Examination for pediatric application. *J Pain*. 2012; 13(9):827–835.

26. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000; 85(3):317-32
27. Leeuw M, Goossens MJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007; 30(1):77-94
28. Ferrari S, Vanti C, Pellizzer M, Dozza L, Monticone M, Pillastrini P. Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. 2019; (Consultada em 07/02/2020) 9(9). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6790029/pdf/40945_2019_Article_61.pdf

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se eu pudesse eu pegava a dor, colocava dentro de um envelope e devolvia ao remetente.

(Mário Quintana)

A presente pesquisa procurou investigar a utilização de abordagens não farmacológicas para a dor crônica musculoesquelética por idosos não institucionalizados.

Nesse ínterim, foram observadas diversas características de como a dor crônica pode afetar esses indivíduos, tanto por questões relacionadas aos aspectos sociodemográficos – como gênero feminino, renda e escolaridade –, quanto por características da própria dor – como tipo, localização e intensidade. Não obstante, as crenças acerca da autoeficácia e do exercício físico para o alívio da dor também foram fundamentais para a compreensão de como esses idosos aventam o tratamento não farmacológica como uma possibilidade.

A dor crônica, *per si*, é uma grande barreira aos cuidados de saúde de um idoso, pois envolve a quebra de diversos paradigmas. O primeiro deles seria a de que nem sempre medicação, exames e cirurgia podem, definitivamente, auxiliar no alívio da dor. Um outro ponto seria que, culturalmente, acredita-se que a dor faça parte do envelhecimento e, portanto, é preciso conviver com ela. Ambas as situações limitam a busca e a adesão a outros tipos de tratamentos existentes.

Assim, diante de um idoso com dor crônica, o papel do profissional de saúde é, primeiramente, o acolhimento, proporcionando uma escuta ativa e humanizada e, então, de direcionamento para outros profissionais ou pontos da rede de atenção à saúde, sem perder de vista a longitudinalidade do cuidado.

Os idosos com características da dor de predomínio nociceptivo toleraram mais o exercício e apresentaram melhor autoeficácia em relação àqueles com dor de características neuropáticas. Visto isso, reforça-se a importância da classificação do tipo de dor pelos profissionais de saúde, para que, tanto a abordagem farmacológica, quanto a não farmacológica, sejam solicitadas e prescritas de forma mais resolutiva.

A presença da dor, somada à redução das reservas neurofisiológicas, pode comprometer a autonomia e a independência do idoso, impactando não somente na dinâmica familiar como também na rede de cuidados em saúde. Neste estudo, a dor no ombro, apesar de não ser a mais frequente, mostrou-se bastante limitadora de funcionalidades e crenças. Por isso, é importante que as equipes de saúde conheçam as características da dor daqueles que procuram os serviços de saúde, a fim de organizar a oferta do cuidado de forma mais resolutiva.

A atenção primária, por ser mais próxima da residência do idoso, muitas vezes é o local de primeiro contato para o tratamento da dor. Por isso, é imprescindível que os gestores formulem protocolos e incentivem a educação continuada e permanente sobre o manejo da dor crônica para os integrantes das equipes de saúde. Afinal, a dor já é considerada um dos principais motivos de busca médica e seu tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Apesar de a competência da prescrição medicamentosa envolver diretamente o profissional médico, o manejo da dor crônica musculoesquelética perpassa todos os profissionais da equipe e, portanto, o reconhecimento e a valorização das outras possibilidades existentes para o enfrentamento da dor crônica ampliam o escopo das ações possíveis e garantem a maior integralidade dos cuidados.

A atuação multidisciplinar no tratamento do idoso com dor crônica procura preservar aspectos relacionados à autonomia e à independência desse indivíduo, possibilitando a manutenção de sua capacidade para o autocuidado e para adaptar-se às mudanças relacionadas ao envelhecimento. As abordagens não farmacológicas na APS podem envolver diversos profissionais, entre eles o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional da educação física e o psicólogo, além de contar com a educação em dor e com as práticas integrativas e complementares, as quais podem ser desenvolvidas por toda a equipe de saúde e nos diversos pontos da rede de atenção.

Não obstante, a criação de centros especializados em dor, com diversos profissionais, poderia favorecer a comunicação e o diálogo tão necessários entre os idosos, os familiares, as equipes e os serviços de saúde, minimizando o sofrimento e os diversos impactos causados nos atores envolvidos nesse processo álgico, contribuindo para a melhor gestão da dor.

Ao promover uma abordagem mais abrangente e resolutive da dor crônica, presumivelmente, há também aumento da sensação de bem-estar geral, não somente da população, que se perceberia cuidada, tanto pela resolutividade da dor, quanto por contar com uma estrutura dedicada a isso, mas também dos profissionais de saúde, que encontrariam um apoio para lidar com a cronicidade da dor.

Esse movimento poderia gerar maior eficiência no gasto público, reduzindo a hiperutilização dos serviços de saúde por esses indivíduos com dor, considerando a economia decorrente da menor demanda por consultas, exames e tratamentos desnecessários e não resolutivos. Além disso, poderia contribuir para a redução da utilização de medicamentos, dos efeitos que a polifarmácia pode acarretar na saúde do idoso e, conseqüentemente, dos custos relacionados a essas questões.

Por fim, a proposta de atuação multidisciplinar no manejo da dor crônica do idoso, enfatizando a abordagem não farmacológica, tem o intuito de conferir maior protagonismo do indivíduo para o enfrentamento da dor e, ao mesmo tempo, de garantir que os princípios do SUS – da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da equidade do cuidado – sejam alcançados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABDULLA Aza, ADAMS Nicola, BONE Margaret, et al. British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. **Age Ageing**. Londres, v. 42 (suppl 1) p.1–57, mar 2013;

AGRANONIK, Marilyn; HIRAKATA, Vânia Naomi. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. **Clinical & Biomedical Research**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p.382-388, nov 2011.

ALCALDE, Guilherme Eleutério, PIANNA, Bruna, ARCA, Eduardo Aguilar. Fisioterapia aquática na dor musculoesquelética, aptidão funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho: revisão da literatura. **Salusvita**, Bauru, v. 36, n. 3, p. 747- 758, 2017.

ANDERSEN, Ronald Max. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** Los Angeles, v. 36, p. 1-10, 1995

AZEVEDO, Ana Caroline Borba et al. Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. **Acta de Ciências e Saúde**. Local, v. 1, n. 4, p. 43-61, 2015

BAEHR, Mathias, FROSTCHER, Michael. DUUS - **Diagnóstico topográfico em neurologia**. Anatomia, fisiologia, sinais e sintomas. 5ed. Rio de Janeiro. Ed. Dilivros, 2015.

BANDURA, Albert. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**. Thousand Oaks v. 31, n. 2, p.143-164, abr, 2004

BANDURA, Albert. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Advances in Behaviour Research and Therapy**. Reino Unido. v. 1, n. 1, p. 139-161, 1978.

BARBOSA, Simone de Pinho, ELIZEU, Taniza Soares, PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 8, p:2347-2357, 2013

BARDUZZI, Glauber de Oliveira et al. Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. **Fisioterapia e Movimento**. Curitiba, v. 26, n. 2, p. 349-360, abr/jun, 2013

BARON, Ralf; BINDER, Andreas. Wie neuropathisch ist die Lumboischialgie? Das Mixed-pain-Konzept. **Der Orthopäde**. Schleswig-Holstein, v. 33, n.5, p. 568-575, abr, 2004

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, dez, 2006.

BELSEY, Jonathan. Primary care workload in the management of chronic pain: A retrospective cohort study using a GP database to identify resource implications for UK primary care. **Journal of Medical Economics**, v. 5, p. 39–52, 2002

BENDELOW, Gillian, WILLIAMS, Simon. **Transcending the dualisms:** towards a sociology of pain *Sociology of Health d Illness*. Brighton. v. 17, n. 2, p. 139- 165, mar, 1995

BENNETT, Mike et al. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. **Pain**. Seattle. v. 122, n.3, p. 289-94, jun, 2006.

BERNARDES, Sonia F.; LIMA, Maria Luísa; PAULINO, Paula. Do estoicismo face à dor: um modelo enraizado sobre a contextualidade das expectativas de papel de gênero de leigo(as) e enfermeiro(as). In: **Gênero e Saúde:** diálogos ibero-brasileiros. STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de (orgs). Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p. 79-114.

BERSANI, Ana Laura Figueiredo. **Terapêutica da Dor no Idoso**. Guia Prático. 1ª edição. Ed. Atheneu, 2018, 240p

BERSANI, Ana Laura Figueiredo; MORAES, Niele Silva de; SANTOS, Fania Cristina. Manejo da dor Crônica. **In: Geriatria:** guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 190-226.

BRASIL. **Portaria nº 1.395** do Gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999.

BRASIL. **Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Publicada no Diário Oficial da União nº 1083/SAS/MS, de 03 de outubro de 2012, seção 1, páginas 54-58.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. **Portaria nº 1.395 do Gabinete do Ministro da Saúde**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999. Publicado no Diário Oficial da União em: 25/05/2020, edição: 98, seção: 1, p.188

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1., 56p.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Dor Crônica. In: **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Brasília. v. 3, p. 195-220, 2014.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS):** quais são e para que servem. 2020. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

BRENNAN, Frank; CARR, Daniel. B; COUSINS, Michael. Pain management: a fundamental human right. **Anesthesia and analgesia**. Birmingham, v. 105, n 1, p. 205-21, jul, 2007

BRIOSCHI Elisângela Félix Carneiro, BRIOSCHI Marcos Leal, YENG Lin Tchia, TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Nutrição e dor miofascial. **Rev Dor**. São Paulo. v.7, p. 750-798. 2006

CADTH; 2017. **Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain:** a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal). Ottawa (ON): CADTH; 2017: Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0894-TxProgram-Pain%20Final.pdf>. Acesso em Agosto 2020.

CADTH; 2019. **Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain:** a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal). Ottawa (ON): Disponível em: <https://europepmc.org/books/n/rc1110/pdf/>. Acesso em Agosto 2020.

CALLISTER, Lynn Clark. Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. **Home Health Care Management & Practice**. Knoxville. v. 15, n. 3, p. 207- 211, abr, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez, GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, dez, 2009

COLET, Christiane de Fátima; BORGES, Paulo Eduardo Mayorga; AMADOR, Tânia Alves. Perfil de gastos com medicamentos entre idosos em diferentes grupos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 591-

601, 2016

COOPER, Lesley; ELLS, Louisa; RYAN, Cormac; MARTIN, Denis. Perceptions of adults with overweight/obesity and chronic musculoskeletal pain: an interpretative phenomenological analysis. **J Clin Nurs**. Middlesbrough. v. 27, n. 5-6, p. e776-e786. jan. 2017

CORDEIRO, Quirino et al. Lombalgia e cefaleia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta Fisiatr**. São Paulo, v.15, n. 2, p. 101-105, jun, 2008.

COUSINS, Michael; BRENNAN Frank, CARR Daniel. Pain relief: a universal human right. **Pain**. Amsterdam. v. 112, n. 1-2, p. 1-4, 2004

COUTINHO, Bernardo Diniz. **Assistência ambulatorial fisioterapêutica no SUS: conhecer os usuários para se repensar o acesso**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

CRAMER, Holger; LAUCHE; Romy, HALLER, Heidemarie; DOBOS, Gustav. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. **Clin J Pain**. Philadelphia. v. 29, n. 5, p. 450-460, 2013

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DALMOLIN, Indiará Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Integrative and complementary practices and the interface with the health promotion: integrative review. **Cienc Cuid Saude**. v. 16, n. 3, out, 2017.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucioli Matos. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. **Cienc Cuid Saude**. Maringá, v.11 (supl), p. 235-242, jan-mar, 2012.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad Saúde Pública**. São Paulo. V. 29, n. 2, p. 325-34, fev, 2013.

DIBAI, Almir Vieira Filho, AVEIRO Mariana Chaves. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza. v. 25, n. 4, p. 397-404, 2012.

DUARTE, Vanderlane de Souza; SANTOS, Marcelo Lasmar; RODRIGUES, Kleicy Abreu; RAMIRES, John Barreto et al. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v.26 n.1, p.193-202. 2013.

FERREIRA, Karina A et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Support Care Cancer**. Berlim, v.19, n. 4, p. 505-511, mar, 2010.

FRITZ, Julie; CHILDS, John; WAINNER, Robert, FLYNN, Timothy Primary Care Referral of Patients With Low Back Pain to Physical Therapy. **Spine**.v.37, n. 25, p. 2114–2121, dez, 2012.

GARZA-VILLARREAL Eduardo; PANDO, Victor, VUUST, Peter, PARSONS, Christine. Music-Induced Analgesia in Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Pain Physician**. Paducah. v. 20, n. 7, p. 597-610, nov-dez, 2017.

GATCHEL, Robert J. et al. Interdisciplinary chronic pain management: past, present and future. **Am Psychol**. Washington. v. 69, n 2, p.119-130, fev-mar, 2014.

GENEEN Louise; MOORE Andrew; CLARKE Clare, et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database Syst Rev**. v.1, n. 4, art. no.: CD011279.

GOOD, Mary-Jo Delvecchio; BRODWIN, Paul E.; GOOD, Byron J.; KLEINMAN, Arthur. (eds.) **Pain as human experience: an anthropological perspective**. 2ed. Berkeley: University of California Press, 1994.

GOODE, Adam; COEYTAUX, Remy; MCDUFFIE, Jennifer, et al. An evidence map of yoga for low back pain. **Complement Ther Med**. v. 25, p. 170-177. 2016

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION STUDY OF PAIN. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**. v. 6, p. 249-52, 1979

IASP. International Association Study of Pain. Ogboli-Nwasor E. **Educação e dor nos países de poucos recursos**. Fact-sheet No. 8. Global Year of Education and Pain. IASP; 2018. [Links]

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pirâmide Etária Londrina, 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>. Acesso em 18 de abril de 2020.

IPPUL. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina. **Mapa de Bairros e Regiões de Londrina**. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/ippul/mapas_tematicos/bairros_regioes_a4.pdf. Acesso em 11 ago 2017.

KANAVOS, Panos; TRUEMAN, Paul; BOSILEVAC, Amy: Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom. **Int J Technol Assess Health Care**. Cambridge. v. 16, n. 4, p.1179-1192, 2000.

KARP, Jordan et al. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. **Br J Anaesth**. V.101, n. 1, p. 111-20, jul, 2008.

KERNS, Robert. et al. Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, health-risk behaviors, affective distress, and use of the healthcare system. **JRRD**. Washington, v. 40, n 5, p. 371-80, set-out, 2003

KERNKRAUT, Ana Merzel; VIDAL, Fernanda Rocha de Freitas; MACHADO, Thiago Amaro. Psicoterapia em Pacientes com dor. In: **Dor. Manuais de Especialização**. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.157-167.

KESSLER, Tiffany. Treatments for neuropathic pain. **Pain management**. Clinical Pharmacist, v. 9, n.12, dez, 2017. Disponível em: <https://www.pharmaceutical-journal.com/research/review-article/treatments-for-neuropathic-pain/20203641.article>. Acesso em 12 fev 2020. DOI: 10.1211/CP.2017.20203641

KOESTLER, Angela Jeanne. Psychological perspective on hand injury and pain. **J Hand Ther**. Filadélfia, v. 23, n.2, p.199-211, abr-jun, 2010

KUMPEL, Daiana Argenta et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 471-477, set, 2011.

LANDMARK, Tormod et al. Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: evidence from the HUNT 3 study. **Pain**. Seattle, v. 152, n., p. 2241–2247, out, 2011

LATINA, Roberto. et al. La prevalenza del dolore cronico non oncologico nell'adulto e patologie associate: una revisione narrativa della letteratura. etiology and prevalence of chronic pain in adults a narrative review. **Professioni Infermieristiche**. Luglio. V. 66, n. 3, p. 151-158, set, 2013

LAW, Laura Frey, SLUKA, Kathleen A. How does physical activity modulate pain? **Pain**. Seattle. v. 158, n. 3, p.369–370, mar, 2017

LAW, Winky et al. Exploring the pain experience of chinese elderly patients with chronic musculoskeletal pain and multimorbidity in primary care: a qualitative study using a grounded theory approach. **Journal of Asia Pacific Family Medicine**. Yogyakarta, v. 18, n. 1, p.1-5, 2019

LÁZARO, Pablo. et al. Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades músculo-esqueléticas en España. **Reumatol Clin**. Madrid, v. 10, n.2, p. 109-112, mar-abr, 2014

LEMOS, Adail Ivan. **Dor crônica: Diagnóstico, investigação e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007, 582p.

LENT, Roberto. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais em neurociências**. 2ed. São Paulo. Ed. Atheneu, 2010, 786p.

LESSARD, Chantale; CONTANDRIOPOULUS, André-Pierre; BEAULIEU, Marie-Dominique. The role of economic evaluation in the decision-making process of family

physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. **BMC Family Practice**. v.10, n. 15, p, 1-12, fev, 2009

LISBOA, Lívia Vieira; LISBOA, José Augusto Ataíde; SA, Katia Nunes. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Rev. Dor**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-60, mar. 2016 .

LIU, Xinliang et al. Immediate Physical Therapy Initiation in Patients With Acute Low Back Pain Is Associated With a Reduction in Downstream Health Care Utilization and Costs. **Physical Therapy**. Oxford. v. 98 , n. 5, p. 336-347, mai, 2018.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Fluxo de encaminhamento para as especialidades em reumatologia e ortopedia**, 2014, 20p.

LONDRINA. Prefeitura de Londrina. **Município intensifica realização de cirurgias ortopédicas**. 2015. Disponível em < <https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=18995>> Acesso em 18 nov.2015

LOUW, Adriaan. et al. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. **Physiotherapy Theory And Practice**. **Georgia**, v. 32, n. 5, p. 332–355, jul, 2016

MACHADO, Gustavo et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. **BMJ**. h1225, Mar, 2015

MAGALHÃES, Milena Sampaio; SOUSA, Fernando José Pires. Avaliação da assistência fisioterapêutica sob a óptica do usuário. **Fisioterapia Brasil**. Fortaleza. v.5, n. 5, p. 350-6, 2004.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.51, supl 1, p.9, jun, 2017

MAKRIS, Uma et al. Management of persistente pain in the older patient a clinical review. **JAMA**.Chicago. v.312, n. 8, p. 825-836, ago, 2014.

MARTINEZ, Lidiane Colares de Faro; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; PEDOSO, Janari da Silva. Envelhecimento saudável e autoeficácia do idoso: revisão sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 103-118, dez. 2018.

MARTINEZ-CALDERON, Javier et al. The role of self-efficacy on the prognosis of chronic musculoskeletal pain: a systematic review. **The Journal of Pain**. Filadélfia, v. 19, n. 1, p. 10-34, set, 2018.

MARTINS, José Alves. Socioanthropological contributions to physical therapy in chronic back pain. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 30, supl. 1, p. 101-109, 2017.

MATOS, Ana Sofia da Silva. **Ansiedade, depressão e coping na dor crônica**. 161 f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2012.

MATOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. **Classification of chronic pain - descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

MIGUEL, Marcia Aparecida da Luz. **A dor crônica no idoso e seu impacto no desenvolvimento da depressão**. 17p. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2015.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016

MITTINTY, Manasi, et al. Exploring effect of pain education on chronic pain patients' expectation of recovery and pain intensity. **Scand J Pain**. v.18, n. 2, p. 211-219, 2018.

MORAIS, Andréa. **Ortopedia é Gargalo do SUS no Paraná**. 2011. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/ortopedia-e-o-gargalo-do-sus-no-parana-aoite5dir52rygfrwbn3xbcy6/>. Acesso 15 de set 2015.

MORETE, Marcia Carla; ROSSATO, Lisabelle Mariano. Avaliação da Dor. In: **Dor. Manuais de Especialização**. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.45-74.

MOSELEY, Lorimer Graham, NICHOLAS, Michael K., HODGES, Paul W. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. **Clin J Pain**. Filadélfia, v.20, n. 5, p. 324-330, set-out, 2004.

MOURA, Caroline de Castro et al. Acupuntura auricular para dor crônica nas costas em adultos: revisão sistemática e metanálise. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03461, 2019 .

NARDI, Anderson; CROSATO, Edgar Michel; BIAZEVIC, Maria Gabriele Haye. Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil, 2003. **Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 81-87, 2006.

NISHIYAMA, Vanessa; CRUZ, Eduardo Canteiro, NAJAS, Myrian. **Abordagem Nutricional**. In: *Geriatrics: guia prático*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 52-63.

SIGERIST, Henry. **Civilização e Doença/Henry Sigerist**. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC/Sobravime/SindiMed, 2011, 346p.

OLIVEIRA, Aline Mizusaki Imoto de et al. Impacto dos exercícios na capacidade funcional e dor em pacientes com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 52, n. 6, p. 876-882, dez, 2012.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 24, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, Camila Helen. et al. Compreendendo a vivência dos idosos com dor crônica: a luz da teoria de callista roy. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 16, n. 1, p.1-8, jun, 2017.

OLIVEIRA, Marlon Alves Subtil, CAMPOS, Ricardo de Souza, DAHER, Samir Salin. Impacto do exercício na dor crônica. **Rev Bras Med Esporte**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 200-203, mai/jun, 2014.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, Raimunda Nonato da Cruz. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 267-283, jun, 2011.

OLIVÊNCIA, Salomão Antônio et al. Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos: Revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 372-381, jun, 2018 .

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium**. Report of a WHO scientific group. Geneva, n.919, 2003.

OMS .Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS; 2015.

PEARN, John. Bernard de Gordon (fl. 1270–1330): medieval physician and teacher. **Journal of Medical Biography**, Berlin, v 21, n. 1, p. 8–11, 2013.

PEREIRA, Lilian Varanda et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 662-669, jul-ago, 2014.

PHILLIPS, Ceri. The cost and burden of chronic pain. **Reviews in Pain**. Swansea. v.1, n.1, jun, 2009.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade . In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p

RABELO, Dóris Firmino; CARDOSO, Chrystiane Mendonça. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 75-81, jan-jun,2007.

RASTOGI, Raul; MEEK, Brian. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. **Clin Interv Aging**. Local, v. 8, p. 37-46, jan,2013.

RIEF, Winfried et al. The need to revise pain diagnoses in ICD-11. **Pain**.v. 149, p. 169–170, 2010.

ROBERTSON Jane, LANG Danielle, HILL Suzanne. Use of pharmacoeconomics in prescribing research. Part 1: costs-moving beyond the acquisition price for drugs. **J Clin Pharm Ther**. v.28, p. 73-79, 2003.

ROCHA, Pérsida Gomes de Souza; ARAÚJO, Verbena. Santos; ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral. Oficina de autocuidado: as práticas integrativas e complementares na promoção da saúde da pessoa idosa. **Revista CIEH**. Local. v. 1, n., p., mês, 2017.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 150-154, 2012.

SALVETTI, Marina de Góes. **Crença de autoeficácia e validação do “Chronic Pain Self-efficacy Scale”**. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em enfermagem na Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

SALVETTI, Marina de Góes; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. **Rev. psiquiatr. clín**. São Paulo. v. 32, n. 4, p. 202-210, 2005.

SANTOS, Alana Meneses, SANTOS, Fania Cristina. Osteoartrite. In: **Geriatría: guia prático**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 125-139.

SANTOS, Clarissa Cardoso. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, v.13, n. 2, ago-set, 2006.

SANTOS, Franco Andrius Ache dos et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis,

Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 234-247, 2015.

SANTOS, Marília Silva et al. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v.22, 2018.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3713-3721, Dec. 2015

SARDA JÚNIOR, Jamir João. Avaliação Psicológica do paciente com dor. In: **Dor. Manuais de Especialização.** 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.127-143.

SARDA JÚNIOR, Jamir João. Desafios para a educação em dor no Brasil: para onde estamos indo?. **BrJP.** São Paulo ,v.1,n.2,p.93,jun, 2018.

SAVARESE, Achille; SANTANA, Renato Figueiredo. Bases Neurofisiológicas da dor. In: Avaliação da Dor. In: **Dor. Manuais de Especialização.** 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.10-20.

SBED. Sociedade Brasileira de Estudos para Dor. DESANTANA, Josimari Melo, et al. **Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2020.** Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acesso em 17 de julho de 2020.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Dor: O quinto sinal vital.** Abordagem prática no idoso, 2018. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2018/08/SBGG_-_Guia_de_Dor_-_final_site.pdf. Acesso em 17 de julho de 2020.

SCHESTATSKY, Pedro et al. Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. **Pain Medicine.** Oxford. v.12, n. 10, p. 1544-1550, out, 2011.

SIQUEIRA, José Luiz Dias; MORETE, Marcia Carla. Psychological assessment of chronic pain patients: when, how and why refer?. **Rev. dor,** São Paulo, v.15, n.1, p.51-54, mar. 2014.

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SMITH, Blair et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care, **Pain Journal Online.**v.160, n. 1, jan, 2019.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. Katálysis**. Florianópolis, v.17, n. 2, p. 227-234, dez, 2014.

SOUZA, Bianca Andrade et al. Apoio social e atividade física de idosos: revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, v.32, 2019.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14,n.3, p. 911-918, jun, 2009.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.953-972, 2010.

STONE, Arthur; BRODERICK, Joan. Obesity and pain are associated in the United States. **Obesity Journal**, v.20, n. 7, p.1491-5, jan, 2012.

THIBAUT, Pascal et al. Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients. **Pain**. Filadélfia, v. 139, n. 1, p.47-54, set, 2008.

TICK, Heather. Nutrition and Pain. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. Filadélfia, v. 26, n 2, p. 309–320, 2015.

TOLEDO, Flávia Oliveira; SOBREIRA, Cláudia Ferreira da Rosa. **Adaptação cultural do inventário breve da dor para a língua portuguesa no Brasil e teste de suas propriedades psicométricas**. 2008. 70p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas - Neurologia/Neurociências). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TREDE, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain Journal Online**, v 160, n. 1, p. 19–27, jan, 2019.

TUTIYA, Karina Kuraoka, MOTTA, Thaisa Segura da, SANTOS, Fania Cristina. **Artrite Reumatoide**. In: Geriatria: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 140-158

UTGMAN, Olalekan et al. Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, London, v.48, n.21, p.01-13. 2014.

VALENTIM, Juliana. **A aplicação clínica da educação em dor**. 19 de Janeiro de 2017. Disponível em: 2017 <<http://pesquisaemdor.com.br/?p=790>>. Acesso em 7 setembro

2020.

VALERO, Marianne Coltri; FARIA, Marcos Quirino Gomes; LUCCA, Patricia Stadler Rosa. Avaliação e tratamento de dor crônica no paciente idoso. **Revista Thêma et Scientia**, Cascavel, v. 5, n. 2, p. 129-138, jul-dez, 2016.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O SUS em perspectiva. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. São Paulo. HUCITEC, 2012, pág. 559-90.

VERLINGUE, Susana. **Mutirão vai realizar 720 cirurgias ortopédicas em Londrina**. 2015. Entrevista concedida do Bonde. Disponível em: <<https://www.bonde.com.br/saude/noticias/mutirao-vai-realizar-720-cirurgias-ortopedicas-em-londrina-376675.html>> Acesso em 18 nov 2015.

VICENTE, Fabiana Ferreira. **Dor crônica musculoesquelética**. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal.

VICKERS, Andrew et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. **J Pain**. v.19, n. 5, p.455-474, 2018.

VILELA, Iara. Jornal de Londrina. **Um ano após crise na ortopedia, fila para atendimento só aumenta**. Disponível em: <<http://www.jornaldelondrina.com.br/londrina/conteudo.phtml?tl=1&id=1464530&tit=Um-ano-apos-crise-na-ortopedia-fila-para-atendimento-so-aumenta.>> Acesso em 18 nov.2015.

VLAINICH, Roberto et al. Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial de pacientes com dor crônica. **Rev.Bras.Anesthesiol.** Campinas, v.60, n.4, p.402-405, ago, 2010.

WHITE, Kamilla S. Assessment and treatment of psychological causes of chest pain. **Med Clin North Am**. Chicago, v. 94, n. 2, p. 291-318, mar, 2010.

WIBELINGER, Lia Mara et al. Efeitos da fisioterapia convencional e da wii-terapia na dor e capacidade funcional de mulheres idosas com osteoartrite de joelho. **Rev. dor** [online], vol.14, n.3, p.196-199,2013.

WILLIAMS, Amanda C; ECCLESTON, Christopher; MORLEY, Sthephen. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. **Cochrane Database Syst Rev**. Bethesda, v.11, n.CD007407,p.1-101, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DOR CRÔNICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

DATA DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADOR (A):

IDENTIFICAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. CARACTERIZAÇÃO

NOME:

SEXO: F M

IDADE:

PESO:

ALTURA:

IMC:

COR DA PELE: Negro Mulato Pardo Amarelo Branco

SITUAÇÃO CONJUGAL: Solteiro Amasiado Casado Separado Viúvo

TABAGISTA: Sim Não

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR (A) FUMA?

0-10 anos 11-20 anos 21-30 anos mais de 31 anos

QUANTOS CIGARROS POR DIA?

0-10 cigarros/dia 11-20 cigarros/dia 21-30 cigarros/dia mais de 31 cigarros/dia

ESCOLARIDADE:

Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós-graduação

QUANTAS PESSOAS MORAM JUNTO COM O (A) SENHOR (A)?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mora sozinho | <input type="checkbox"/> 1 pessoa |
| <input type="checkbox"/> 2 pessoas | <input type="checkbox"/> 3 pessoas |
| <input type="checkbox"/> 4 pessoas | <input type="checkbox"/> Mais de 5 |

RENDA FAMILIAR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Até um salário mínimo (R\$) | <input type="checkbox"/> De um a dois salários mínimos (R\$) |
| <input type="checkbox"/> De dois a quatro salários mínimos (R\$) | <input type="checkbox"/> De quatro a seis salários mínimos (R\$) |
| <input type="checkbox"/> De seis a oito salários mínimos (R\$) | <input type="checkbox"/> Mais que oito salários mínimos (R\$) |

SOFREU ALGUMA QUEDA NO ÚLTIMO ANO?

- Sim
 Não

SE SIM, QUANTAS VEZES?

- 1x
 2-3x
 4x ou mais

EM QUAL(IS) LOCAL (IS)?

- Dentro de casa
 Rua
 Trabalho
 Outros : _____

HÁ QUANTO TEMPO CONVIVE COM A DOR QUE MAIS INCOMODA?

- Há 30 dias (1 mês)
 De 31-90 dias (de 2 a 3 meses)
 De 91-180 dias (de 3 meses a 6 meses)
 Maior que 180 dias (maior do que 6 meses)

ALÉM DO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS, FOI SOLICITADO OUTRO TRATAMENTO COM OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PARA AUXILIAR O ALÍVIO DA SUA DOR?

- Sim
 Não

SE SIM, CONTINUAR RESPONDENDO AS QUESTÕES ABAIXO.

| PROFISSIONAL | TERAPIA UTILIZADA | FREQUÊNCIA | DURAÇÃO | PERÍODO |
|--|---|--|--|--|
| FISIOTERAPEUTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> Eletroterapia (choquinho, luz) <input type="checkbox"/> Cinesioterapia (alongamento, fortalecimento) <input type="checkbox"/> Hidroterapia (terapia na água) <input type="checkbox"/> Terapia Manual <input type="checkbox"/> Grupos de dor da UBS (posto de saúde) <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2x/semana <input type="checkbox"/> 3x/semana <input type="checkbox"/> 4x/semana <input type="checkbox"/> 5x/semana <input type="checkbox"/> 2x/mês <input type="checkbox"/> 1x/mês | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31-60 minutos <input type="checkbox"/> De 61-90 minutos <input type="checkbox"/> Maior que 90 minutos | <input type="checkbox"/> Até 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 13 a 24 meses <input type="checkbox"/> Maior que 25 meses |
| NUTRICIONISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> Controle peso <input type="checkbox"/> Grupo de reeducação alimentar <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2x/semana <input type="checkbox"/> 3x/semana <input type="checkbox"/> 4x/semana <input type="checkbox"/> 5x/semana <input type="checkbox"/> 2x/mês <input type="checkbox"/> 1x/mês | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31-60 minutos <input type="checkbox"/> De 61-90 minutos <input type="checkbox"/> Maior que 90 minutos | <input type="checkbox"/> Até 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 13 a 24 meses <input type="checkbox"/> Maior que 25 meses |
| PSICÓLOGO | <input type="checkbox"/> Terapia individual | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos | <input type="checkbox"/> Até 6 meses |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> CAPS (Centro de Referência Psicossocial) <input type="checkbox"/> Terapia em grupo <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____ - | <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2x/semana <input type="checkbox"/> 3x/semana <input type="checkbox"/> 4x/semana <input type="checkbox"/> 5x/semana <input type="checkbox"/> 2x/mês <input type="checkbox"/> 1x/mês | <input type="checkbox"/> De 31-60 minutos <input type="checkbox"/> De 61-90 minutos <input type="checkbox"/> Maior que 90 minutos | <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 13 a 24 meses <input type="checkbox"/> Maior que 25 meses |
| PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> Alongamento em grupo <input type="checkbox"/> Fortalecimento <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____ | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2x/semana <input type="checkbox"/> 3x/semana <input type="checkbox"/> 4x/semana <input type="checkbox"/> 5x/semana <input type="checkbox"/> 2x/mês <input type="checkbox"/> 1x/mês | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31-60 minutos <input type="checkbox"/> De 61-90 minutos <input type="checkbox"/> Maior que 90 minutos | <input type="checkbox"/> Até 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 13 a 24 meses <input type="checkbox"/> Maior que 25 meses |
| TERAPIAS COMPLEMENTARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> Acupuntura (agulhas) <input type="checkbox"/> Fitoterapia (chás, ervas, cápsulas, pomadas) <input type="checkbox"/> Auriculoterapia (semente da orelha) <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2x/semana <input type="checkbox"/> 3x/semana <input type="checkbox"/> 4x/semana <input type="checkbox"/> 5x/semana <input type="checkbox"/> 2x/mês <input type="checkbox"/> 1x/mês | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31-60 minutos <input type="checkbox"/> De 61-90 minutos <input type="checkbox"/> Maior que 90 minutos | <input type="checkbox"/> Até 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 13 a 24 meses <input type="checkbox"/> Maior que 25 meses |
| OUTROS PROFISSIONAIS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> Se sim, quais profissionais? <input type="checkbox"/> _____ _____ | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2x/semana <input type="checkbox"/> 3x/semana <input type="checkbox"/> 4x/semana <input type="checkbox"/> 5x/semana <input type="checkbox"/> 2x/mês <input type="checkbox"/> 1x/mês | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31-60 minutos <input type="checkbox"/> De 61-90 minutos <input type="checkbox"/> Maior que 90 minutos | <input type="checkbox"/> Até 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 13 a 24 meses <input type="checkbox"/> Maior que 25 meses |

A dor é o principal motivo para a sua dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária?

Sim Não

Se não, o que o (a) Sr. (a) acredita ser o maior motivo de sua limitação para realizar as atividades de vida diária? _____

APÊNDICE B – CRENÇA SOBRE O EXERCÍCIO FÍSICO

Você acredita que o exercício pode contribuir para o alívio da sua dor?

Sim

Não

Você tem medo de que o exercício físico possa te machucar?

Sim

Não

Você acha que o exercício físico pode piorar a sua dor?

Sim

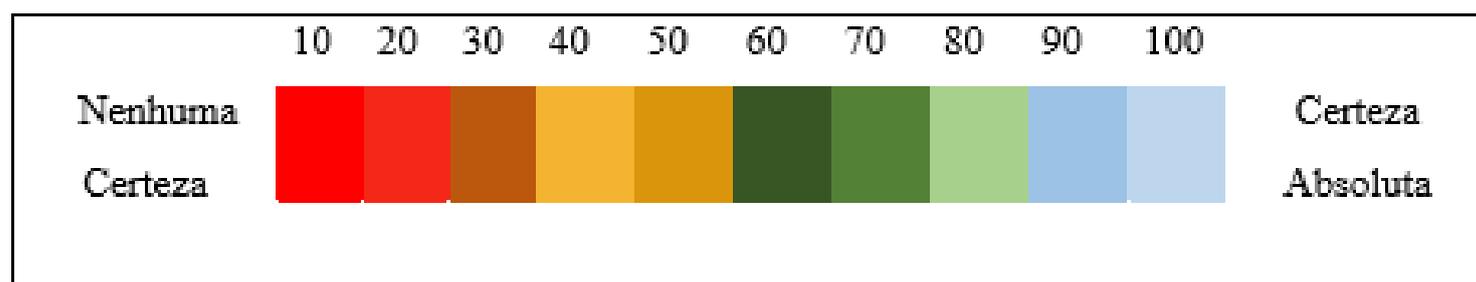
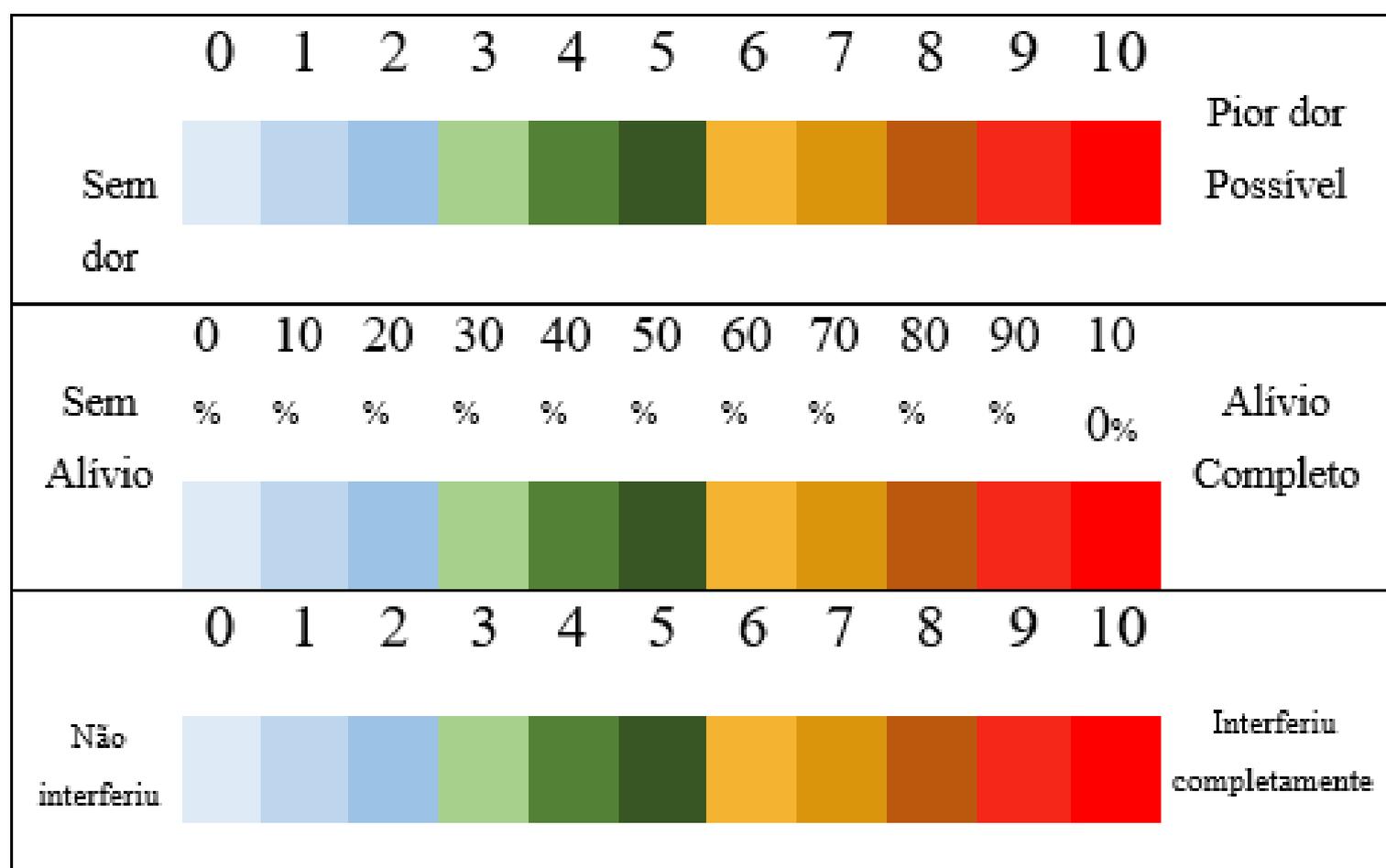
Não

Alguma vez o exercício piorou a sua dor?

Sim

Não

APÊNDICE C - MODELOS VISUAIS



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

APÊNDICE D – QUADRO SÍNTESE DAS VARIÁVEIS

| VARIÁVEIS | DESCRIÇÃO | CONTEÚDO ORIGINAL | CATEGORIAS |
|---|-----------------------------------|---|--|
| CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO | | | |
| Sociodemográficas, antropométricas e econômicas | Sexo | Feminino | <ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino |
| | | Masculino | |
| | Idade (em anos) | Em anos completos – diferença entre data de nascimento e a data da entrevista | <ul style="list-style-type: none"> • 60-69 anos • 70 anos e mais |
| | Peso | Peso em quilograma | <ul style="list-style-type: none"> • Peso em quilograma |
| | Altura | Altura em metros | <ul style="list-style-type: none"> • Altura em metros |
| | Índice Massa Corporal (IMC) | Peso/altura ² | <ul style="list-style-type: none"> • Até 29,99 kg/m² • Acima de 30 kg/m² |
| | Cor da pele | Amarelo | <ul style="list-style-type: none"> • Branco • Não branco |
| | | Branco | |
| | | Mulato | |
| | | Negro | |
| | | Pardo | |
| | Situação Conjugal | Amasiado | <ul style="list-style-type: none"> • Com companheiro • Sem Companheiro |
| | | Casado | |
| | | Separado | |
| Solteiro | | | |
| Viúvo | | | |
| Renda familiar mensal | Até um salário mínimo | <ul style="list-style-type: none"> • Até dois salários mínimos • Maior que 2 salários mínimos | |
| | De um a dois salários mínimos | | |
| | De dois a quatro salários mínimos | | |
| | De quatro a seis salários mínimos | | |
| | De seis a oito salários mínimos | | |
| | Mais que oito salários mínimos | | |
| | 0 | <ul style="list-style-type: none"> • Até 2 pessoas • Mais que 2 pessoas | |
| | 1 | | |
| | 2 | | |

| | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|--|
| | Número de Pessoas que moram junto com o idoso | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Ensino fundamental incompleto • Fundamental completo | |
| | | 4 | | |
| | | Maior que 5 pessoas | | |
| | Escolaridade | Analfabeto | | |
| | | Ensino Fundamental Incompleto | | |
| | | Ensino Fundamental Completo | | |
| | | Ensino Médio Incompleto | | |
| | | Ensino Médio Completo | | |
| | | Ensino Superior Incompleto | | |
| | | Ensino Superior Completo | | |
| | | Pós-graduação | | |
| | Tabagista | Sim | | • Sim |
| | | Não | | • Não |
| | Quantidade de cigarro | 0 a 10 | | Até 20 cigarros Mais de 20 cigarros |
| | | 11-20 | | |
| | | 21-30 | | |
| | | Mais de 31 | | |
| | Queda no último ano | Sim | | • Sim • Não |
| | | Não | | |
| | Número de quedas | 1 | | • 1 queda • Duas e mais quedas |
| | | 2 | | |
| | | 3 | | |
| | | 4 ou mais | | |
| | Localização da queda | Dentro de casa | | • Em casa • Fora de casa |
| Rua | | | | |
| Trabalho | | | | |
| Outro local | | | | |
| INVENTÁRIO BREVE DE DOR | | | | |
| Dor musculoesquelética nas últimas 24 horas | Sim | • Sim • Não | | |
| | Não | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| CARACTERIZAÇÃO DA DOR | Localização da dor | Diagrama corporal de dor composto numericamente de 1 a 49 | <ul style="list-style-type: none"> • Cervical • Joelho • Lombar • Ombro • Antebraço/braço/mão • Pé/Tornozelo • Quadril • Torácica |
| | Intensidade da dor | Média das questões (3, 4, 5 e 6) | <ul style="list-style-type: none"> • Leve/Moderada (0-6) • Intensa/Insuportável (7-10) |
| | Impacto da dor na vida diária | Média das questões (9, 10, 11 e 12) | <ul style="list-style-type: none"> • Leve/Moderada (0-6) • Intensa/Insuportável (7-10) |
| | Medicamentos utilizados para a dor | 0 1 2 3 4 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Até 2 medicações • Mais de 2 medicações |
| *Tempo de dor | Tempo de dor | Até 30 dias De 30 a 60 dias De 60 a 180 dias Acima de 180 dias | <ul style="list-style-type: none"> • Até 90 dias • De 90 a 180 dias • Acima de 180 dias |
| ESCALA DE LANNIS | | | |
| Classificação do tipo da dor | Tipo da dor | Nociceptiva | <ul style="list-style-type: none"> • Nociceptiva • Neuropática • Mista |
| | | Neuropática | |
| | | Mista | |
| TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO | | | |
| | Solicitação | Sim | <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não |
| | | Não | |
| | Profissional Solicitado | Fisioterapeuta | <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta |
| Profissional da Educação Física | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Perfil do tratamento não medicamentoso | | Nutricionista | <ul style="list-style-type: none"> • Profissional da Educação Física • Nutricionista • Psicólogo • Práticas Integrativas e Complementares • Outro profissional |
| | | Psicólogo | |
| | | Práticas Integrativas e Complementares | |
| | | Outro profissional | |
| | Tipo de tratamento realizado dentro de cada área * | Fisioterapeuta (Cinesioterapia individual ou grupo), eletroterapia, hidroterapia | <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial • UBS |
| | | Profissional da Educação Física (individual, grupo, dança) | |
| | | Nutricionista (individual, grupo) | |
| | | Psicólogo (individual, grupo) | |
| | | Práticas Integrativas e Complementares (auriculoterapia, acupuntura, entre outros) | |
| | Frequência do Tratamento | Outro profissional | <ul style="list-style-type: none"> • Semanal • Quinzenal • Mensal |
| | | 1x/semana | |
| | | 2x/semana | |
| | | 3x/semana | |
| | | 4x/semana | |
| | | 2x/mês | |
| | Duração do tratamento | 1x/mês | <ul style="list-style-type: none"> • Até 60 minutos • Acima de 60 minutos |
| Até 30 minutos | | | |
| De 31-60 minutos | | | |
| De 61-90 minutos | | | |
| | | Maior que 90 minutos | |
| ESCALA DE AUTOEFICÁCIA | | | |
| Escala de Autoeficácia | Avaliação da autoeficácia | Controle da dor | <ul style="list-style-type: none"> • Controle da dor • Funcionalidade • Lidar com outros sintomas |
| | | Funcionalidade | |
| | | Lidar com outros sintomas | |
| CRENÇA SOBRE O EXERCÍCIO FÍSICO | | | |

| | | | |
|---------------------------------|---|------------|--|
| Crença sobre o exercício físico | Você acredita que o exercício pode contribuir para o alívio da sua dor? | Sim Não | <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não |
| | Você tem medo de que o exercício físico possa te machucar? | Sim Não | <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não |
| | Você acha que o exercício físico pode piorar a sua dor? | Sim Não | <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não |
| | Alguma vez o exercício piorou a sua dor? | Sim Não | <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não |

APÊNDICE E – TABELA GERAL DOS RESULTADOS

Tabela 1 – Resultados gerais das variáveis dos idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética em relação ao sexo. Londrina, 2020.

| VARIÁVEL CARACTERIZAÇÃO | N (136) FEMININO | n (%) | N (57) MASCULINO | n (%) | TOTAL | n (%) | P-valor |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|------------------|--------------|------------------|----------------|
| FAIXA ETÁRIA | | | | | | | 0,17 |
| 60-69 anos | 74 | 54,4 | 37 | 64,9 | 111 | 57,5 | |
| 70 ou mais | 62 | 45,6 | 20 | 35,1 | 82 | 42,5 | |
| IMC | | | | | | | 0,16 |
| Até 29,99 | 76 | 55,9 | 38 | 66,7 | 114 | 59,1 | |
| Acima de 30 | 60 | 44,1 | 19 | 33,3 | 79 | 40,9 | |
| COR | | | | | | | 0,24 |
| Branco | 81 | 59,6 | 39 | 68,4 | 120 | 62,2 | |
| Não branco | 55 | 40,4 | 18 | 31,6 | 73 | 37,8 | |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | 0,01 |
| Com companheiro | 63 | 46,3 | 48 | 84,2 | 111 | 57,5 | |
| Sem companheiro | 73 | 53,7 | 9 | 15,8 | 82 | 42,5 | |
| ESCOLARIDADE | | | | | | | 0,14 |
| Fundamental incompleto | 87 | 64,0 | 27 | 47,4 | 117 | 60,6 | |
| Fundamental completo | 49 | 36,0 | 30 | 52,6 | 76 | 39,4 | |
| TABAGISMO | | | | | | | 0,02 |
| Sim | 8 | 5,9 | 9 | 15,8 | 17 | 8,8 | |
| Não | 128 | 94,1 | 48 | 84,2 | 176 | 91,2 | |
| MORAM JUNTO | | | | | | | 0,70 |
| Até 2 pessoas | 106 | 77,9 | 43 | 75,4 | 149 | 77,2 | |
| Mais de 3 pessoas | 30 | 22,1 | 14 | 24,6 | 44 | 22,8 | |
| RENDA FAMILIAR | | | | | | | 0,66 |
| Até 2 salários | 111 | 81,6 | 48 | 84,2 | 159 | 82,4 | |
| Mais de 3 salários mínimos | 25 | 18,4 | 9 | 15,8 | 34 | 17,6 | |
| QUEDAS | | | | | | | 0,02 |
| Sim | 76 | 55,9 | 22 | 38,6 | 98 | 50,8 | |
| Não | 60 | 44,1 | 35 | 61,4 | 95 | 49,2 | |
| NÚMERO DE QUEDAS | | | | | | | 0,56 |
| Somente 1 queda | 31 | 43,7 | 14 | 50,0 | 45 | 45,5 | |

Continua...

Tabela 1 Continuação

| VARIÁVEL | N | n (%) | N | n (%) | TOTAL | n (%) | P-valor |
|--|-----------------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| CARACTERIZAÇÃO | FEMININO | | MASCULINO | | | | |
| Mais de 2 quedas | 40 | 56,3 | 14 | 50,0 | 54 | 54,5 | |
| QUEDA DENTRO DE CASA | | | | | | | 0,60 |
| Sim | 47 | 66,2 | 17 | 60,7 | 64 | 64,6 | |
| Não | 24 | 33,8 | 11 | 39,3 | 35 | 35,4 | |
| QUEDA FORA DE CASA | | | | | | | 0,37 |
| Sim | 44 | 62,0 | 20 | 71,4 | 64 | 64,6 | |
| Não | 27 | 38,0 | 8 | 28,6 | 35 | 35,4 | |
| CARACTERIZAÇÃO DA DOR | | | | | | | |
| TEMPO DE DOR | | | | | | | 0,12 |
| De 3 a 6 meses | - | - | 1 | 1,8 | 1 | 0,5 | |
| Acima de 6 meses | 136 | 100 | 56 | 98,2 | 192 | 99,5 | |
| TIPO DE DOR | | | | | | | 0,59 |
| Nociceptiva | 73 | 53,7 | 33 | 57,9 | 106 | 54,9 | |
| Mista e Neuropática | 63 | 46,3 | 24 | 42,1 | 87 | 45,1 | |
| NÚMERO DE ÁREAS DE DOR | | | | | | | 0,01 |
| Até 4 regiões | 55 | 40,4 | 34 | 59,6 | 89 | 46,1 | |
| Mais de 5 regiões | 81 | 59,6 | 23 | 40,4 | 104 | 53,9 | |
| PRINCIPAL MOTIVO PARA O ENCAMINHAMENTO PARA O ORTOPEDISTA | | | | | | | |
| Cervical | 3 | 2,2 | 2 | 2,5 | 5 | 2,6 | 0,15 |
| Lombar | 34 | 25,0 | 15 | 26,3 | 49 | 25,4 | 0,15 |
| Ombro | 1 | 0,7 | - | - | 1 | 0,5 | 0,35 |
| Quadril | 5 | 3,7 | 4 | 7,0 | 9 | 4,7 | 0,99 |
| Joelho | 89 | 65,4 | 34 | 59,6 | 123 | 63,7 | 0,38 |
| Pé/tornozelo | 4 | 2,9 | 2 | 3,5 | 6 | 3,1 | 0,57 |
| LOCAIS DE DOR | | | | | | | |
| Cervical | 1 | 0,7 | 2 | 3,5 | 3 | 1,6 | 0,15 |
| Torácica | 32 | 23,5 | 9 | 15,8 | 41 | 21,2 | 0,23 |
| Lombar | 70 | 51,5 | 23 | 40,4 | 93 | 48,2 | 0,15 |

Continua...

Tabela 1 Continuação

| VARIÁVEL | N | | n | | TOTAL | n (%) | P-valor |
|--|-----------------|--------------|------------------|------------|--------------|--------------|----------------|
| CARACTERIZAÇÃO | FEMININO | n (%) | MASCULINO | (%) | | | |
| Ombro | 45 | 33,1 | 15 | 26,3 | 60 | 31,1 | 0,35 |
| Braço | 22 | 16,2 | 6 | 10,5 | 28 | 14,5 | 0,30 |
| Antebraço | 14 | 10,3 | 5 | 8,8 | 19 | 9,8 | 0,74 |
| Mão/punho | 15 | 11,0 | 3 | 5,3 | 18 | 9,3 | 0,20 |
| Quadril | 43 | 31,6 | 18 | 31,6 | 61 | 31,6 | 0,99 |
| Coxa | 9 | 6,6 | 4 | 7,0 | 13 | 6,7 | 0,91 |
| Perna | 15 | 11,0 | 9 | 15,8 | 24 | 12,4 | 0,36 |
| Pé/tornozelo | 13 | 9,6 | 7 | 12,3 | 20 | 10,4 | 0,57 |
| SENTIU DOR NAS ÚLTIMAS 24H | | | | | | | 0,12 |
| Sim | 121 | 89,0 | 46 | 80,7 | 167 | 86,5 | |
| Não | 15 | 11,0 | 11 | 19,3 | 26 | 13,5 | |
| INTENSIDADE DA PIOR DOR SENTIDA NAS ÚLTIMAS 24H | | | | | | | 0,19 |
| Dor leve | 26 | 19,1 | 17 | 29,8 | 43 | 22,3 | |
| Dor moderada | 36 | 26,5 | 16 | 28,1 | 52 | 26,9 | |
| Dor intensa | 74 | 54,4 | 24 | 42,1 | 98 | 50,8 | |
| INTENSIDADE DA DOR NO MOMENTO DA ENTREVISTA | | | | | | | 0,11 |
| Dor leve | 70 | 51,5 | 34 | 59,6 | 104 | 53,9 | |
| Dor moderada | 34 | 25,0 | 17 | 29,8 | 51 | 26,4 | |
| Dor intensa | 32 | 23,5 | 6 | 10,5 | 38 | 19,7 | |
| MÉDIA DA DOR (AO LONGO DO TEMPO DE DOR) | | | | | | | 0,32 |
| Dor leve | 44 | 32,4 | 21 | 36,8 | 65 | 33,7 | |
| Dor moderada | 57 | 41,9 | 27 | 47,4 | 84 | 43,5 | |
| Dor intensa | 35 | 25,7 | 9 | 15,8 | 44 | 22,8 | |
| DOR MAIS FRACA SENTIDA NAS ÚLTIMAS 24H | | | | | | | 0,03 |
| Dor leve | 87 | 64,0 | 47 | 82,5 | 134 | 69,4 | |
| Dor moderada | 33 | 24,3 | 7 | 12,3 | 40 | 20,7 | |
| Dor intensa | 16 | 11,8 | 3 | 5,3 | 19 | 9,8 | |

Continua...

Tabela 1 Continuação

| VARIÁVEL | N | n | N | n | TOTAL | N | P-valor |
|---|-----------------|------------|------------------|------------|--------------|------------|----------------|
| CARACTERIZAÇÃO | FEMININO | (%) | MASCULINO | (%) | | (%) | |
| UTILIZAÇÃO DE | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS PARA DOR | | | | | | | 0,10 |
| Sim | 116 | 85,3 | 43 | 75,4 | 159 | 82,4 | |
| Não | 20 | 14,7 | 14 | 24,6 | 34 | 17,6 | |
| QUANTOS MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| UTILIZA PARA A DOR | | | | | | | 0,18 |
| At/é 2 medicamentos | 92 | 79,3 | 38 | 88,4 | 130 | 81,8 | |
| Acima de 3 medicamentos | 24 | 20,7 | 5 | 11,6 | 29 | 18,2 | |
| QUAL MEDICAMENTO | | | | | | | |
| UTILIZA PARA A DOR? | | | | | | | 0,98 |
| Analgésicos/antiinflamatórios/relaxante muscular | 64 | 55,7 | 24 | 55,8 | 88 | 55,7 | |
| Antidepressivos, antineuríticos | 51 | 44,3 | 19 | 44,2 | 70 | 44,3 | |
| UTILIZA TRATAMENTO COM FITOTERÁPICO, POMADA, GEL, CHÁ? | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 107 | 78,7 | 25 | 43,9 | 132 | 68,4 | |
| Não | 29 | 21,3 | 32 | 56,1 | 61 | 31,6 | |
| TRATAMENTO NÃO | | | | | | | |
| MEDICAMENTOSO | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 114 | 83,8 | 38 | 66,7 | 152 | 78,8 | |
| Não | 22 | 16,2 | 19 | 33,3 | 41 | 21,2 | |
| FISIOTERAPIA | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 106 | 77,9 | 34 | 59,6 | 140 | 72,5 | |
| Não | 30 | 22,1 | 23 | 40,4 | 53 | 27,5 | |
| MODALIDADE UTILIZADA | | | | | | | |
| Cinesioterapia | 73 | 53,7 | 23 | 40,4 | 96 | 49,7 | 0,09 |
| Eletroterapia | 63 | 46,3 | 27 | 47,4 | 90 | 46,6 | 0,89 |
| Hidroterapia | 58 | 42,6 | 11 | 19,3 | 69 | 35,8 | 0,01 |
| Cinesioterapia em grupo/UBS | 36 | 34,0 | 6 | 17,6 | 42 | 30,0 | 0,07 |

Continua...

Tabela 1 Continuação

| VARIÁVEL CARACTERIZAÇÃO | N FEMININO | n (%) | N MASCULINO | n (%) | TOTAL | n (%) | P-valor |
|---|-----------------------|------------------|------------------------|------------------|--------------|------------------|----------------|
| NUTRICIONISTA | | | | | | | 0,37 |
| Sim | 29 | 21,3 | 9 | 15,8 | 38 | 19,7 | |
| Não | 107 | 78,7 | 48 | 84,2 | 155 | 80,3 | |
| MODALIDADE | | | | | | | |
| Abordagem individual | 28 | 20,6 | 10 | 17,5 | 38 | 19,7 | 0,62 |
| Abordagem em grupo | 6 | 4,4 | 3 | 5,3 | 9 | 4,7 | 0,79 |
| PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA | | | | | | | 0,31 |
| Sim | 10 | 7,4 | 2 | 3,5 | 12 | 6,2 | |
| Não | 126 | 92,6 | 55 | 96,5 | 181 | 93,8 | |
| MODALIDADE | | | | | | | |
| Individual | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | 2 | 1,0 | 0,52 |
| Dança | 1 | 0,7 | - | 0,0 | 1 | 0,5 | 0,51 |
| Grupos de educação física | 8 | 5,9 | 1 | 1,8 | 9 | 4,7 | 0,21 |
| PSICOLOGIA | | | | | | | 0,49 |
| Sim | 8 | 5,9 | 2 | 3,5 | 10 | 5,2 | |
| Não | 128 | 94,1 | 55 | 96,5 | 183 | 94,8 | |
| MODALIDADE | | | | | | | 0,49 |
| Abordagem individual | 8 | 5,9 | 2 | 3,5 | 10 | 5,2 | |
| PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES | | | | | | | 0,43 |
| Sim | 18 | 13,2 | 2 | 3,5 | 20 | 10,4 | |
| Não | 118 | 86,8 | 55 | 96,5 | 173 | 89,6 | |
| MODALIDADE | | | | | | | |
| Acupuntura | 6 | 4,4 | 1 | 1,8 | 7 | 3,6 | 0,36 |
| Auriculoterapia | 5 | 3,7 | - | 0,0 | 5 | 2,6 | 0,14 |
| Massoterapia | - | 0,0 | 1 | 1,8 | 1 | 0,5 | 0,12 |
| Fitoterapia | 18 | 13,6 | 2 | 3,8 | 20 | 10,8 | 0,05 |

Continua...

Tabela 1 Continuação

| VARIÁVEL | N | n | N | n | TOTAL | n | P-valor |
|---|-----------------|------------|------------------|------------|--------------|------------|----------------|
| CARACTERIZAÇÃO | FEMININO | (%) | MASCULINO | (%) | | (%) | |
| A DOR É O PRINCIPAL MOTIVO PARA AS LIMITAÇÕES DA VIDA DIÁRIA | | | | | | | 0,04 |
| Sim | 127 | 93,4 | 48 | 84,2 | 175 | 90,7 | |
| Não | 9 | 6,6 | 9 | 15,8 | 18 | 9,3 | |
| CRENÇA SOBRE O EXERCÍCIO POSSA ALIVIAR A DOR | | | | | | | |
| Sim | 85 | 62,5 | 35 | 61,4 | 120 | 62,2 | |
| Não | 51 | 37,5 | 22 | 38,6 | 73 | 37,8 | |
| POSSA MACHUCAR | | | | | | | 0,83 |
| Sim | 48 | 35,3 | 21 | 36,8 | 69 | 35,8 | |
| Não | 88 | 64,7 | 36 | 63,2 | 124 | 64,2 | |
| POSSA PIORAR A DOR | | | | | | | 0,52 |
| Sim | 60 | 44,1 | 28 | 49,1 | 88 | 45,6 | |
| Não | 76 | 55,9 | 29 | 50,9 | 105 | 54,4 | |
| ALGUMA VEZ O EXERCÍCIO PIOROU A DOR | | | | | | | 0,68 |
| Sim | 52 | 38,2 | 20 | 35,1 | 72 | 37,3 | |
| Não | 84 | 61,8 | 37 | 64,9 | 121 | 62,7 | |

Tabela 2 - Variáveis de intensidade, interferência e autoeficácia na dor crônica do idoso da comunidade por sexo. Londrina, 2020.

| VARIÁVEIS | Feminino | Masculino | MÉDIA | P-valor | Intervalos | | |
|------------------------------|-------------|-------------|-------|---------|------------------|-------|-------|
| | (Mean Rank) | (Mean Rank) | | | Interquartílicos | | |
| | | | | | 25th | 50th | 75th |
| INTENSIDADE DA DOR | | | | | | | |
| NAS ÚLTIMAS 24H | | | | | | | |
| Pior dor | 100,2 | 89,5 | 6,68 | 0,21 | 5 | 8 | 9 |
| Dor média | 100,2 | 89,4 | 5,38 | 0,21 | 4 | 5 | 7 |
| Dor mais fraca | 102,6 | 83,7 | 3,42 | 0,03 | 2 | 3 | 5 |
| Dor agora | 101,9 | 85,4 | 3,43 | 0,05 | 0 | 3 | 5,5 |
| INTERFERÊNCIA DA | | | | | | | |
| DOR NAS ATIVIDADES | | | | | | | |
| DE VIDA DIÁRIA NAS | | | | | | | |
| ÚLTIMAS 24H | | | | | | | |
| Atividade geral | 100,3 | 89,0 | 6,65 | 0,19 | 5 | 8 | 10 |
| Humor | 98,0 | 94,5 | 5,51 | 0,68 | 1 | 6 | 9 |
| Habilidade caminhar | 98,2 | 93,9 | 6,7 | 0,61 | 5 | 8 | 10 |
| Trabalho | 95,9 | 99,6 | 6,38 | 0,66 | 5 | 7 | 9 |
| Relacionamento com as | | | | | | | |
| pessoas | 97,7 | 95,2 | 3,13 | 0,76 | 0 | 1 | 6,5 |
| Interferência no sono | 99,4 | 91,0 | 3,95 | 0,33 | 0 | 3 | 7 |
| Habilidade de apreciar a | | | | | | | |
| vida | 101,0 | 87,3 | 5,37 | 0,11 | 0 | 6 | 9 |
| AUTOEFICÁCIA | | | | | | | |
| Autoeficácia para o controle | | | | | | | |
| da dor | 95,2 | 101 | 5,66 | 0,47 | 47,3 | 60 | 75,6 |
| Autoeficácia para a | | | | | | | |
| funcionalidade | 94,5 | 103 | 5,79 | 0,34 | 43 | 56 | 74 |
| Autoeficácia para lidar com | | | | | | | |
| outros sintomas | 101,3 | 86,8 | 6,39 | 0,1 | 51,2 | 65 | 79,3 |
| Autoeficácia total | 96,6 | 97,3 | 182,7 | 0,9 | 146,8 | 182,2 | 221,6 |

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos idosos obesos (IMC \geq 30 Kg/m²) e não obesos (29,9 \leq IMC Kg/m²) com dor crônica musculoesquelética, Londrina, 2019

| VARIÁVEL | IMC Até 29,9 | N(%) | IMC Acima de 30,0 | N(%) | Total N (193) | F(%) | P-valor |
|--|-----------------|------|-------------------------|------|------------------|------|---------|
| SEXO | | | | | | | 0,01 |
| Feminino | 72 | 52,9 | 64 | 47,1 | 136 | 70,5 | |
| Masculino | 42 | 73,7 | 15 | 26,3 | 57 | 29,5 | |
| SITUAÇÃO CONJUGAL | | | | | | | 0,17 |
| Com companheiro | 61 | 55,0 | 50 | 45 | 111 | 57,5 | |
| Sem companheiro | 53 | 64,6 | 29 | 35,4 | 82 | 42,5 | |
| FAIXA ETÁRIA | | | | | | | 0,17 |
| 60-69 anos | 61 | 55 | 50 | 45 | 111 | 57,5 | |
| 71 anos ou mais | 53 | 64,6 | 29 | 35,4 | 82 | 42,5 | |
| ESCOLARIDADE | | | | | | | 0,21 |
| Fundamental incompleto | 65 | 55,6 | 52 | 44,4 | 117 | 60,6 | |
| Fundamental completo | 49 | 64,5 | 27 | 35,5 | 76 | 39,4 | |
| RENDA FAMILIAR | | | | | | | 0,72 |
| 0-2, salários mínimos | 93 | 58,5 | 66 | 41,5 | 159 | 82,4 | |
| 3 ou mais | 21 | 61,8 | 13 | 38,2 | 34 | 17,6 | |
| NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM JUNTO COM O IDOSO | | | | | | | 0,15 |
| Sozinho | 21 | 72,4 | 8 | 27,6 | 29 | 15,0 | |
| De uma a duas pessoas | 65 | 54,2 | 55 | 45,8 | 120 | 62,2 | |
| Mais do que três pessoas | 28 | 63,6 | 16 | 36,4 | 44 | 22,8 | |
| FUMA | | | | | | | 0,04 |
| Não | 100 | 56,8 | 76 | 43,2 | 176 | 91,2 | |
| Sim | 14 | 82,4 | 3 | 17,6 | 17 | 8,8 | |
| NÚMERO DE QUEDAS | | | | | | | 0,25 |
| Nenhuma queda | 61 | 64,9 | 33 | 35,1 | 94 | 48,7 | |
| Apenas 1 | 25 | 55,6 | 20 | 44,4 | 45 | 23,3 | |
| Mais do que 2 quedas | 28 | 51,9 | 26 | 48,1 | 54 | 27,9 | |
| TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO* | | | | | | | 0,84 |
| Solicitação de algum tratamento não medicamentoso | | | | | | | |
| Sim | 102 | 59,3 | 70 | 40,7 | 172 | 89,1 | |
| Não | 12 | 57,1 | 9 | 42,9 | 21 | 10,9 | |
| Fisioterapia | | | | | | | 0,06 |
| Sim | 77 | 55 | 63 | 45 | 140 | 72,5 | |
| Não | 37 | 69,8 | 16 | 30,2 | 53 | | |
| Nutrição | | | | | | | 0,01 |
| Sim | 10 | 26,3 | 28 | 73,7 | 38 | 19,7 | |
| Não | 104 | 67,1 | 51 | 32,9 | 155 | 80,3 | |

Continua...

Tabela 3 Continuação

| VARIÁVEL | IMC Até 29,9 | N(%) | IMC Acima de 30,0 | N(%) | Total N (193) | F(%) | P-valor |
|---|-----------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|----------------|
| Profissional da Educação Física | | | | | | | 0,95 |
| Sim | 7 | 58,3 | 5 | 41,5 | 12 | 6,2 | |
| Não | 107 | 59,1 | 74 | 40,9 | 181 | 93,8 | |
| Psicologia | | | | | | | 0,54 |
| Sim | 5 | 50 | 5 | 50 | 10 | 5,2 | |
| Não | 109 | 59,6 | 74 | 40,4 | 183 | 94,8 | |
| Práticas Integrativas e Complementares** | | | | | | | 0,70 |
| Sim | 11 | 55 | 9 | 45 | 20 | 10,4 | |
| Não | 103 | 59,5 | 70 | 40,5 | 173 | 89,6 | |

ANEXOS

**ANEXO A - PROTOCOLO DE ATENDIMENTOS EM ORTOPEDIA E
REUMATOLOGIA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA****PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA**

**FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA AS ESPECIALIDADES
REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA****LONDRINA – 2014**

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Prefeito Alexandre Lopes Kireff

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretor Superintendente

Mohamad El Kadri

Diretor Geral

Suzana Verlingue Rodrigues

Diretoria de Regulação da Atenção em Saúde - DRAS

Baltazar Amadeo Gongora

Diretoria de Atenção Primária à Saúde – DAPS

Flávio Luiz de Melo

LONDRINA – 2014

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

EQUIPE RESPONSÁVEL

AUTORES

Dr Ricardo Braga Amin – Médico especialista em Reumatologia – ASMS/DRAS/CISMEPAR

Dr Edson Nagaoka – Médico especialista em Ortopedia –ASMS/DRAS

Dra Cecília Lizette Almendra - Médico especialista em Reumatologia – CISMEPAR/HURNPr

Dra Neide Tomimura Costa - Médico especialista em Reumatologia- HURNPr//POLICLÍNICA

Dra Meline Angélica Cunha Rotter Ferreira - HURNPr/CISMEPAR

Miriani Regina Lalli Ribeirete - Enfermeira ASMS/DRAS

Dr. João Paulo Guerreiro – Médico Especialista Ortopedia – CISMEPAR

Dr. Ciro Veronese - Médico Especialista Ortopedia – CISMEPAR

Dr. Marco Makoto Inagaki - Médico Especialista Ortopedia – CISMEPAR

Dr. Paulo Marcel - Médico Especialista Ortopedia – CISMEPAR

COLABORADORES

Baltazar Amadeo Gongora – Médico Regulador ASMS/DRAS

Fábia Helena de Almeida – Enfermeira ASMS/DRAS

Norma Rute Holz – Médica Reguladora ASMS/DRAS

Ingrid Moriya Dea – ASMS/DRAS/Gerente de Regulação da Atenção à Saúde

Maria de Fátima A. I. Tomimatsu – ASMS/Diretoria Vigilância em Saúde

Rosana V. Lopes Sampaio - Enfermeira ASMS/DRAS

Carlos Felipe Machado – Assessor Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde

Patrícia C. Bovolin – Fisioterapeuta – ASMS/DRAS

Fabiana H. Osawa – Fisioterapeuta – ASMS/DRAS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

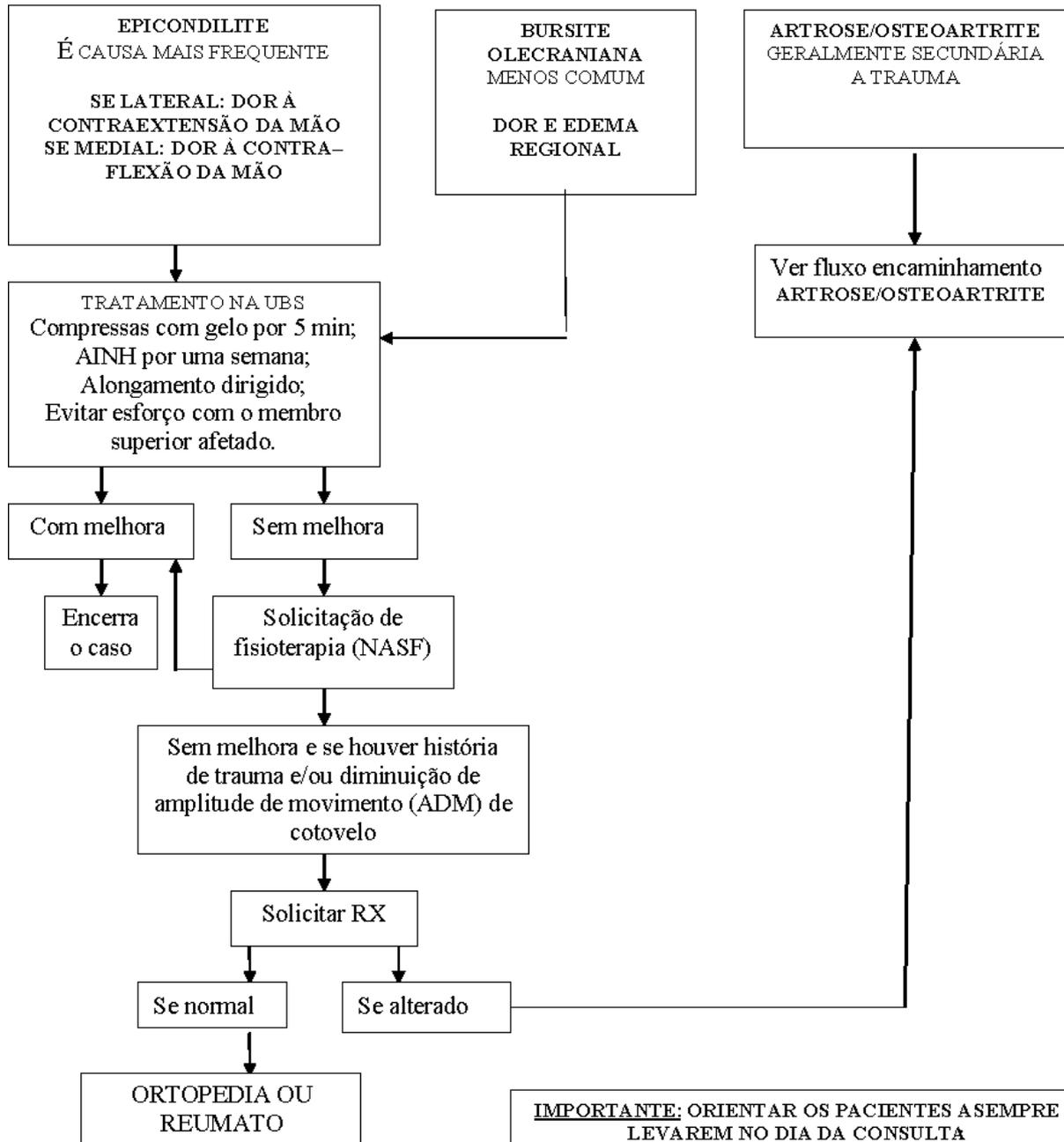
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DO PARANÁ

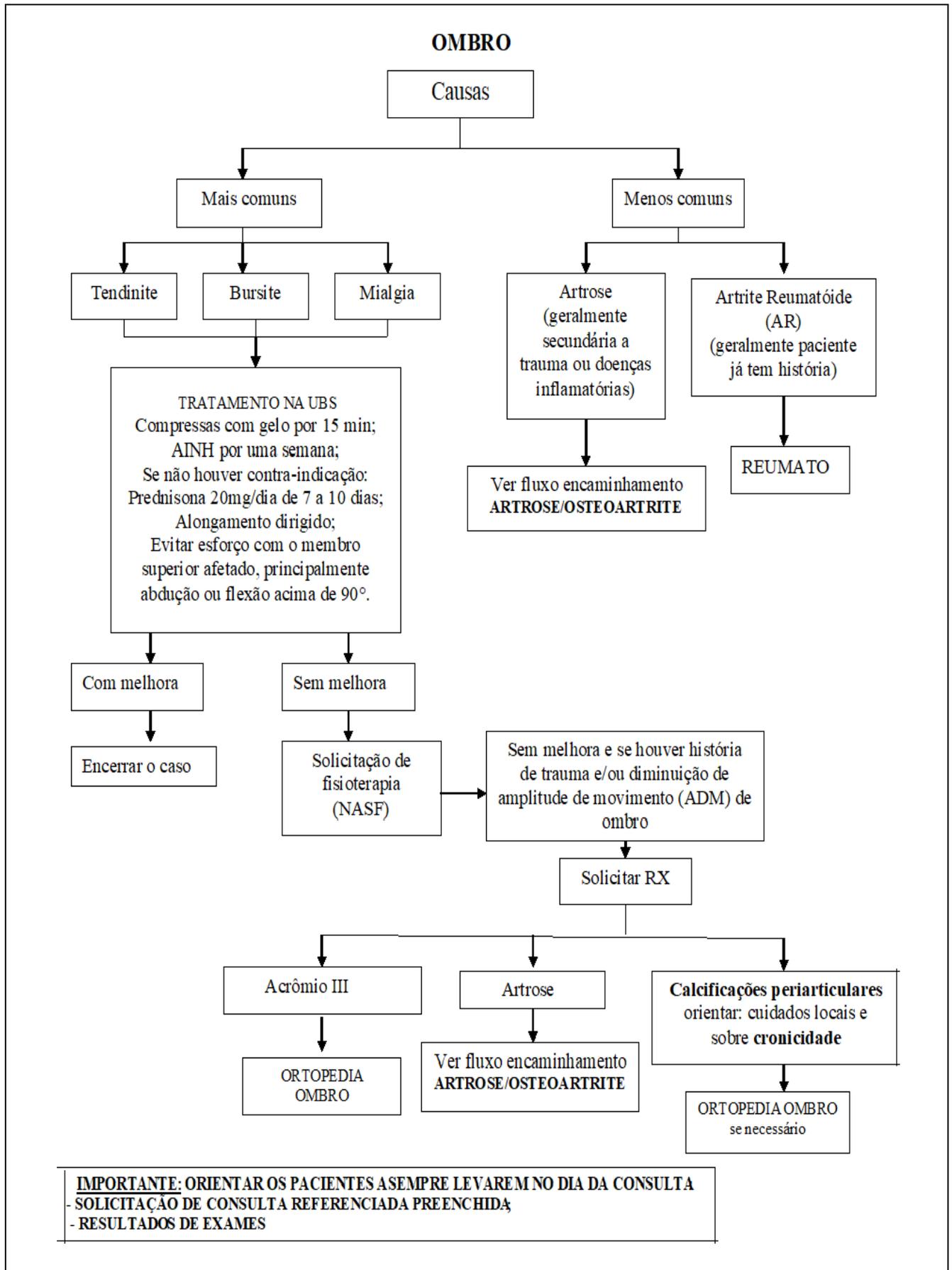
APRESENTAÇÃO

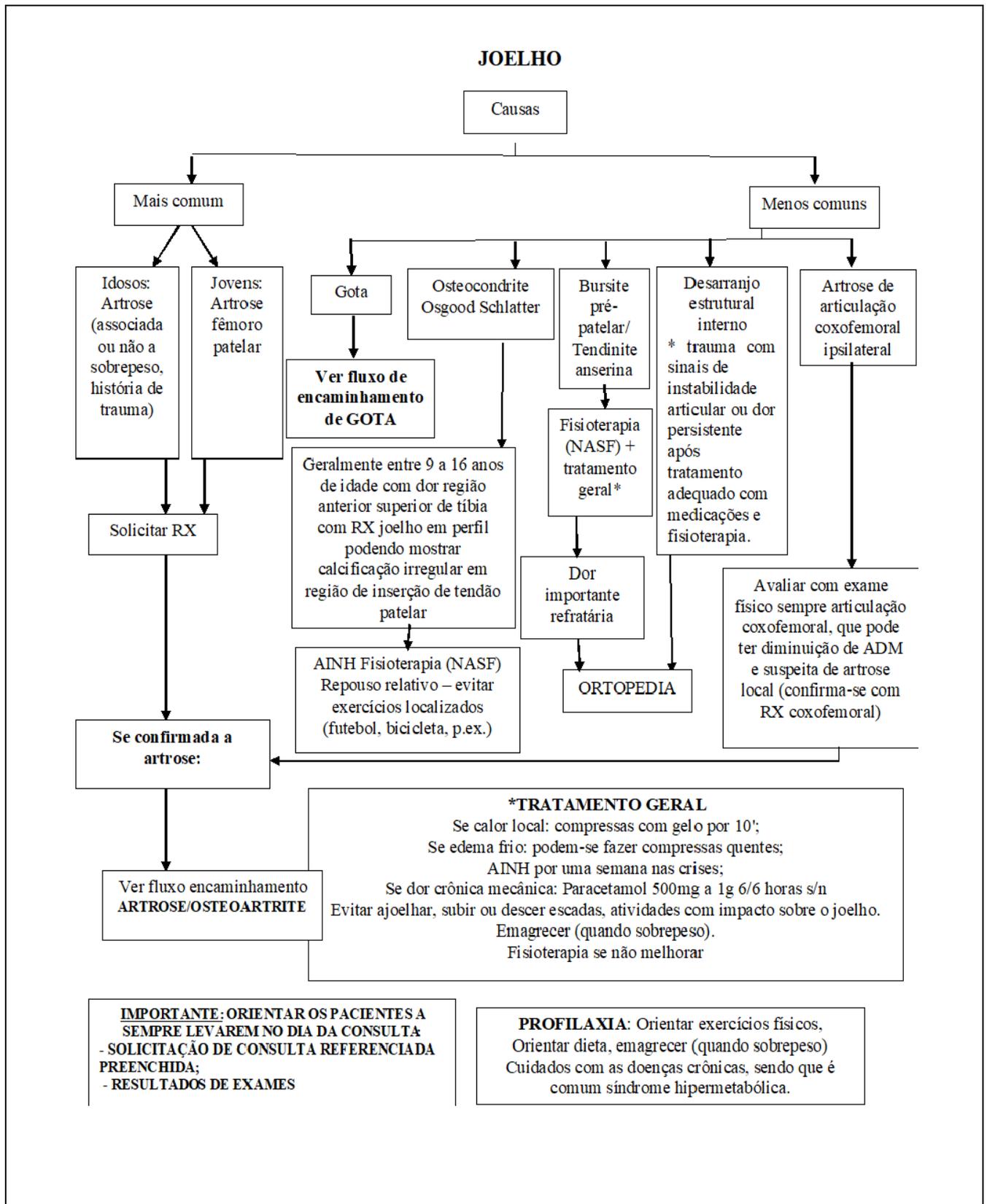
Este material é uma construção coletiva de profissionais da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina e do Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema - CISMENPAR, com o objetivo de contribuir com a qualificação e resolubilidade do cuidado prestado pela Atenção Primária à Saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, potencializando os recursos disponíveis nos diversos níveis de atenção.

COTOVELO

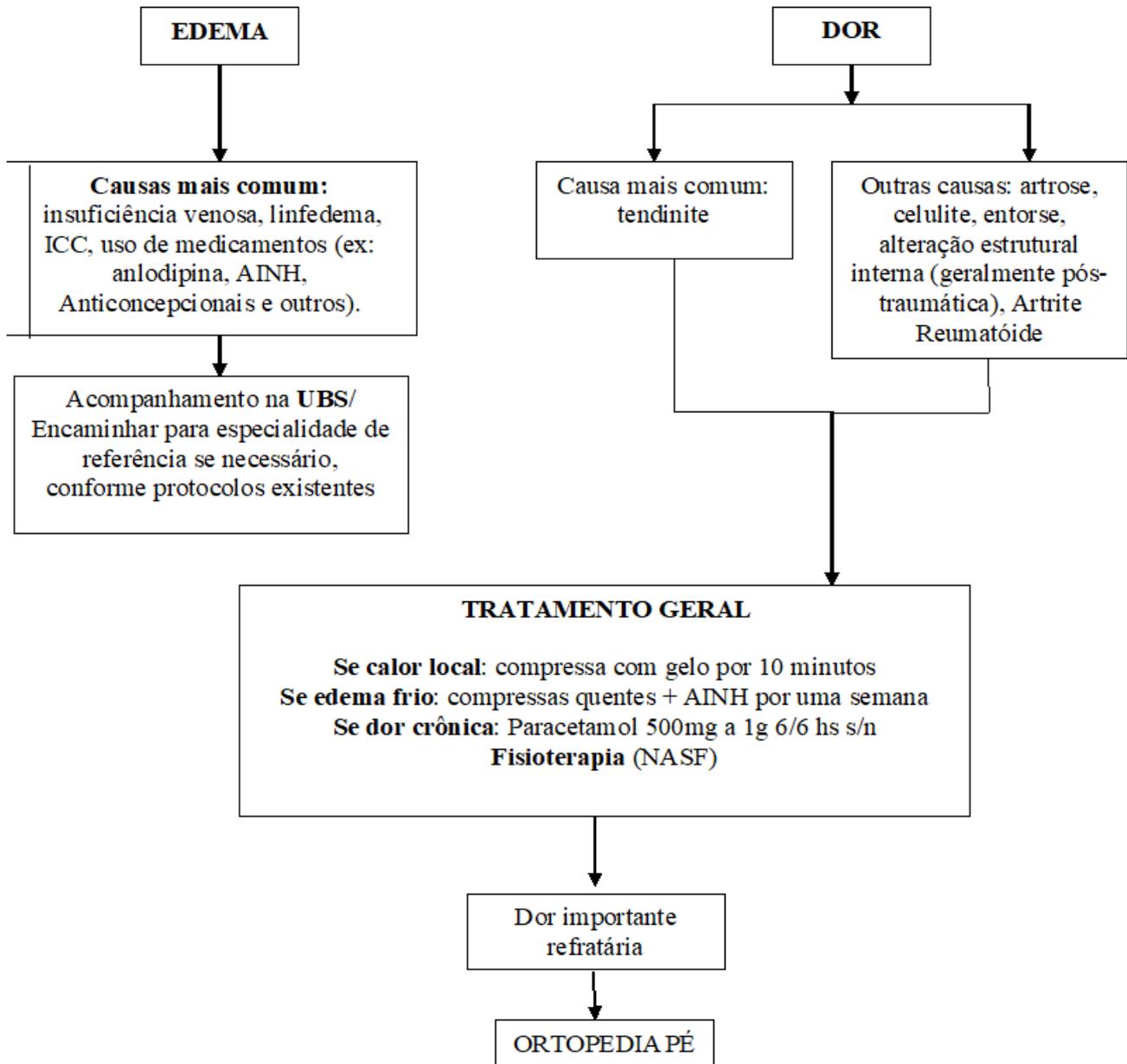


**IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE
LEVAREM NO DIA DA CONSULTA**
- SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA
PREENCHIDA;
- RESULTADOS DE EXAMES



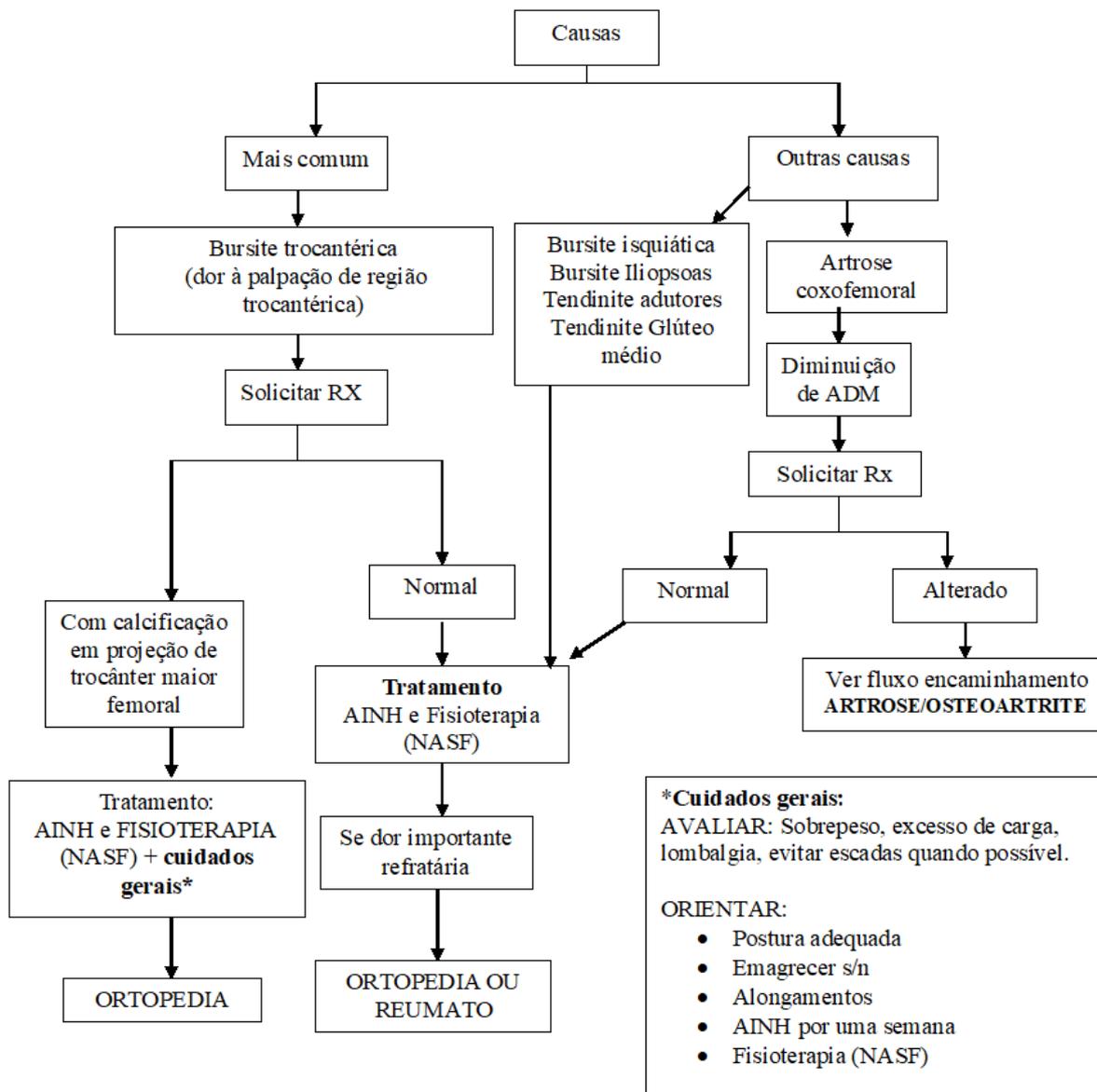


TORNOZELO



IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA
- SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
- RESULTADOS DE EXAMES

QUADRIL



***Cuidados gerais:**

AVALIAR: Sobrepeso, excesso de carga, lombalgia, evitar escadas quando possível.

ORIENTAR:

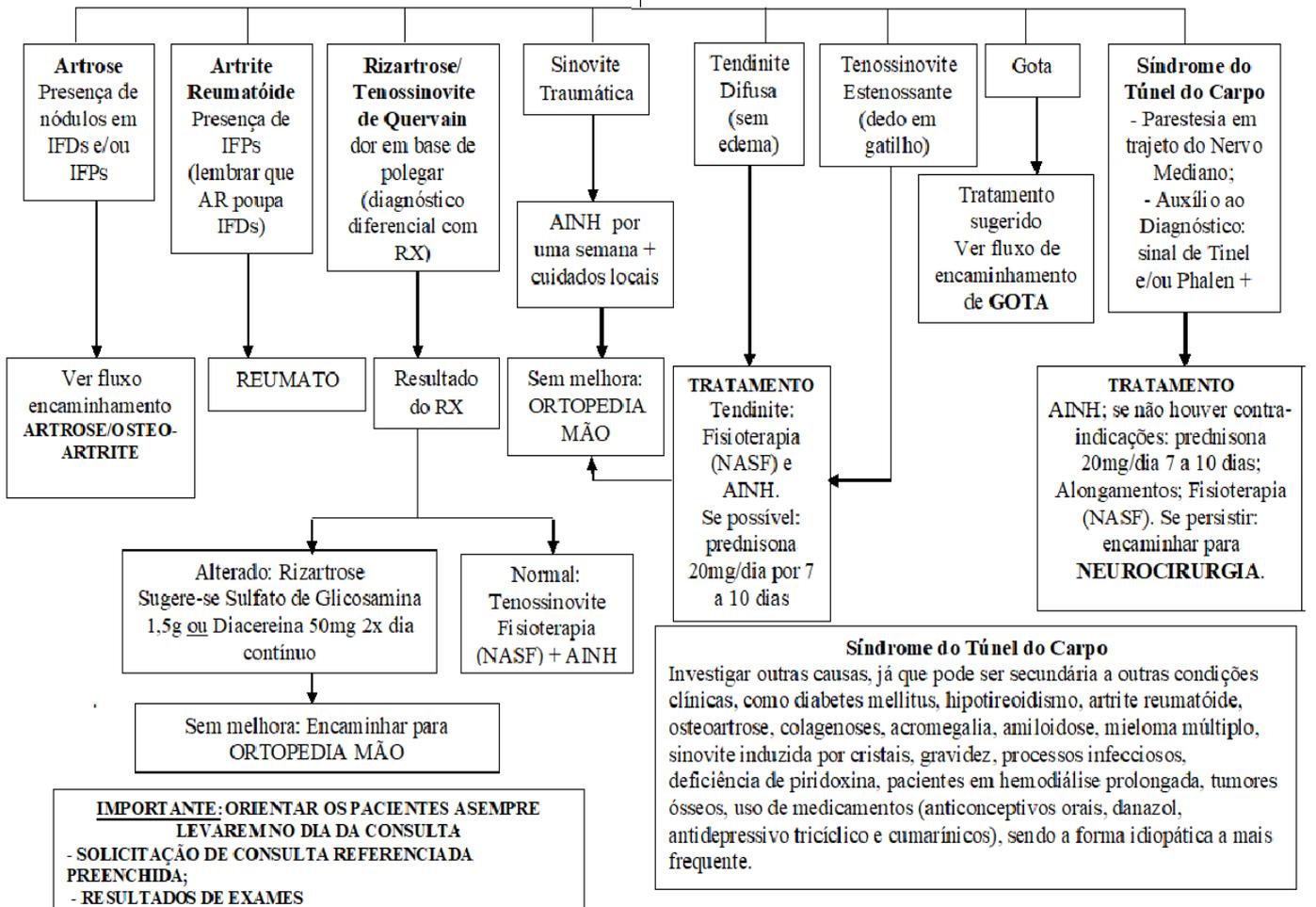
- Postura adequada
- Emagrecer s/n
- Alongamentos
- AINH por uma semana
- Fisioterapia (NASF)

IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA

- SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
- RESULTADOS DE EXAMES

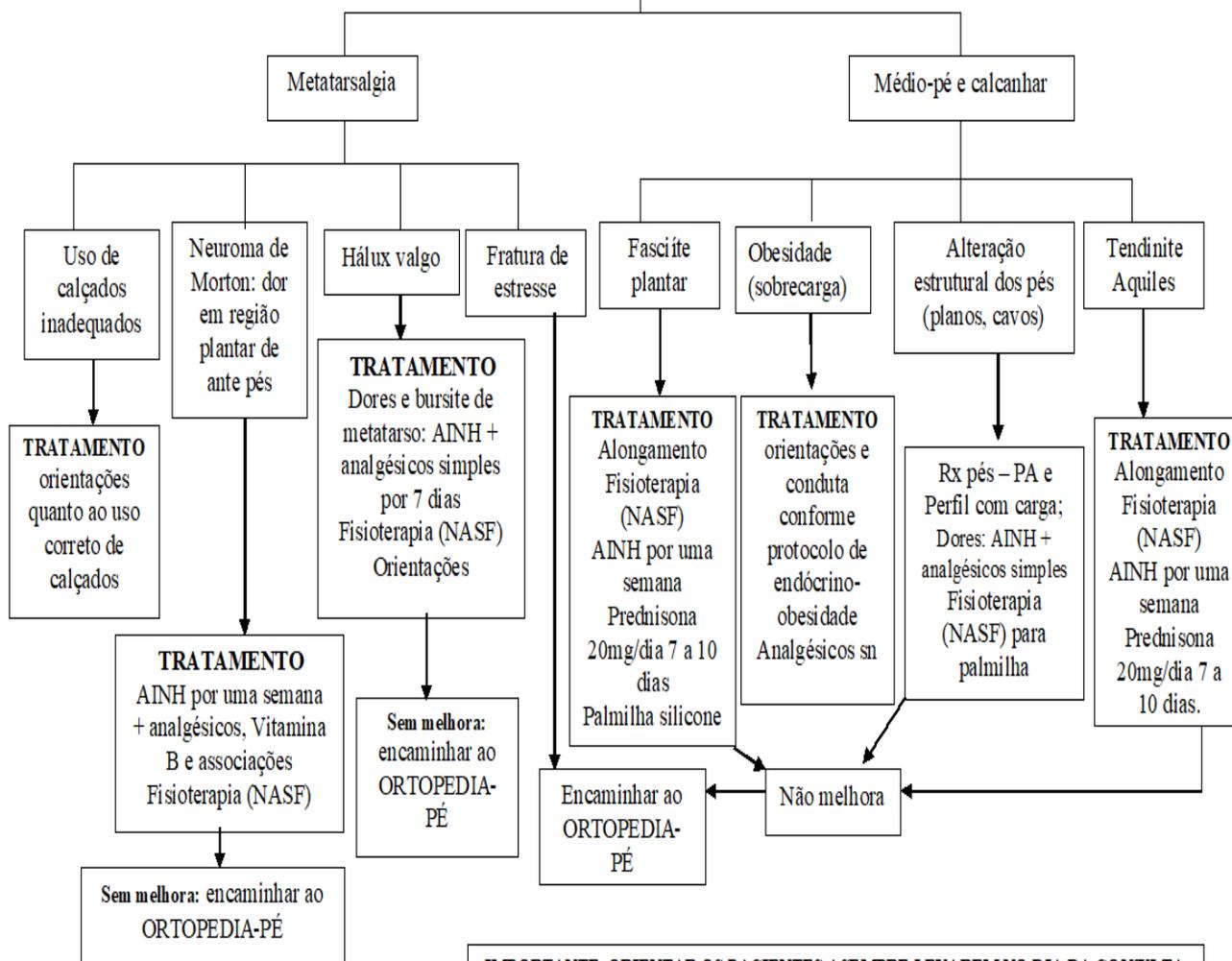
MÃO

Causas



PÉ

Causas



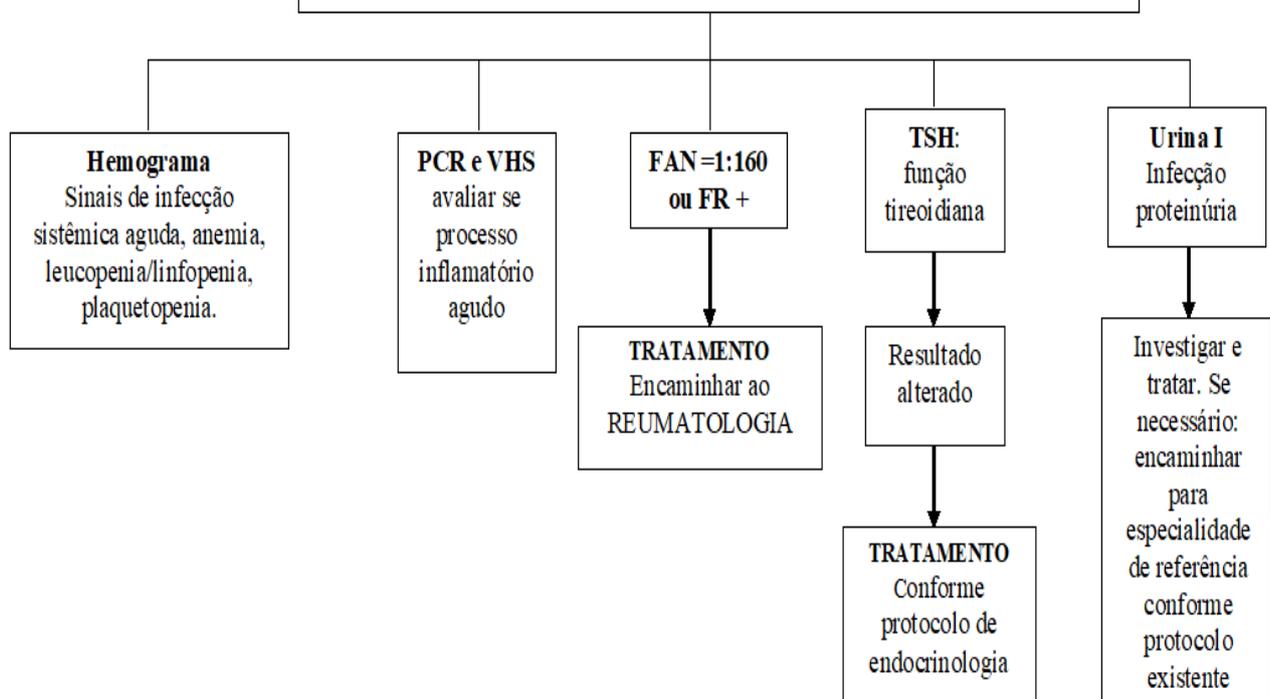
IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA:
 - SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
 - RESULTADOS DE EXAMES

ARTRALGIA POLIARTICULAR

Poliartralgia

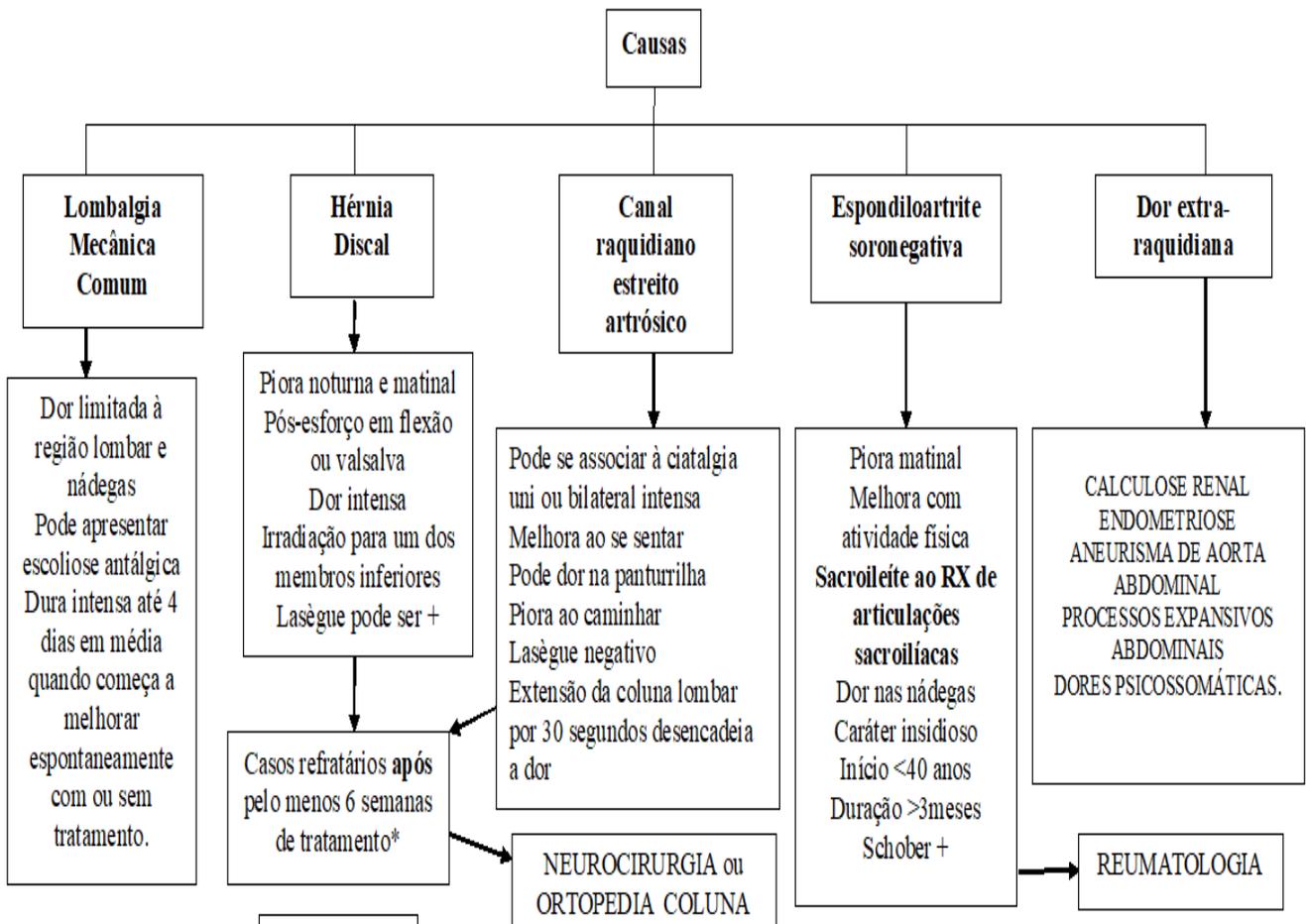
Sem artrite evidente ao exame físico: **solicitar exames** para descartar outras possíveis causas como:

- Dores secundárias a doenças agudas sistêmicas (como gripe, dengue, ITU, etc.);
- Artrose generalizada;
- Fibromialgia;
- Politendinose (comum em diabéticos e hipotireoideos);
- Falta de alongamento/esforço físico inadequado e/ou exagerado;
- Colagenoses



IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA
- SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
- RESULTADOS DE EXAMES

LOMBALGIA



Sinais de Alerta:

1. Tumor/infeção:
Idade >50 anos e < 20 anos
História de câncer
Febre e calafrios
Emagrecimento (sem causa detectável)
Infecção bacteriana recente
Dependentes químicos
Imunossuprimidos
dor com piora noturna
dor com piora em decúbito dorsal

2. De fratura:
Trauma maior;
Trauma menor em idosos ou osteoporóticos.

3. De síndrome de cauda equina:
Anestesia em sela;
Disfunção de bexiga;
Déficit neurológico progressivo ou grave em membros inferiores.

Manobra de Lasègue: É geralmente considerada positiva quando a dor se irradia, ou se exacerba, no trajeto do dermatomo de L4-L5, ou L5-S1, quando a elevação do membro inferior faz um ângulo de 35° a 70° com o plano horizontal. Sua positividade a 60° comprova compressão radicular.

IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA:

- SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
- RESULTADOS DE EXAMES

LOMBALGIA / CERVICALGIA

Investigação: indicação naquelas lombalgias e ciatalgias agudas e cervicalgias que tenham evolução atípica e nas de evolução insatisfatória, cuja causa não foi determinada **após seis semanas** de tratamento clínico.

Circunstâncias que contribuem para o desencadeamento, sensibilização e cronificação da dor:

Fatores psicossociais (ansiedade, depressão), obesidade, insatisfação ou litígios trabalhistas, tabagismo, grau de escolaridade, sedentarismo, realização de trabalhos pesados, atividades de impacto, hábitos posturais diários, alterações climáticas e de temperatura, etc.

***TRATAMENTO SUGERIDO**

Fisioterapia (NASF)

Dor aguda:

Repouso relativo. O paciente deve ser estimulado a retornar às suas atividades habituais, o mais rapidamente possível.

Casos leves a moderados: Paracetamol ou dipirona a cada 6 horas.

Casos mais intensos: Codeína 30mg + paracetamol 500 a cada 8 ou 6 horas por poucos dias nos casos agudos OU

Tramadol 100 mg 2 vezes ao dia por poucos dias nos casos agudos (7 a 10 dias).

Podem ser usados AINH – Ibuprofeno 600mg a cada 8 horas por 7 dias e

Miorrelaxante: Ciclobenzaprina 5 a 10mg/dose (a cada 6 horas) por 7 dias

Caso a duração for > 6 semanas: fisioterapia

Investigar inicialmente com RX se sinais de alerta.

Dor Crônica:

Investigar após 6 semanas do início da dor, inicialmente com RX.

Orientação postural

Exercícios orientados (alongamento, aeróbica de baixo impacto, caminhar, bicicleta ergométrica, natação)

Orientar sobre cronicidade da dor

Analgésicos simples se necessário

Miorrelaxantes

Antidepressivos tricíclicos – Amitriptilina 10 a 25mg/dia

Se artrose: seguir protocolo

Se fibromialgia: seguir protocolo

Cerca de 80% das pessoas terão dores lombares em algum momento de suas vidas.

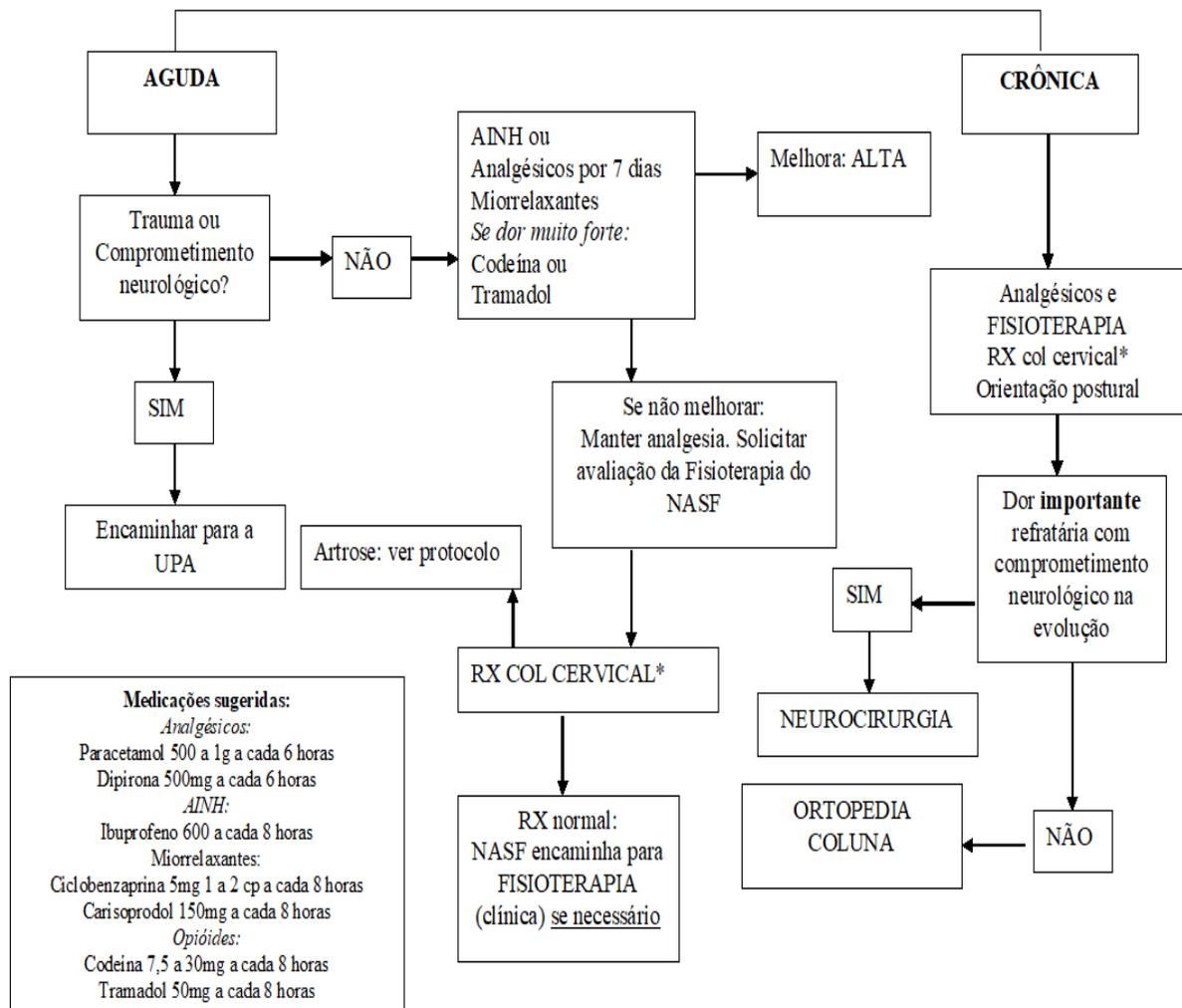
O tratamento das dores lombares agudas deve ser baseada na história clínica e no exame físico do paciente, sem necessidade de exames complementares na maior parte dos casos.

ENCAMINHAR: - Casos refratários ao tratamento

- Dor importante que não *amenizou* com as medidas terapêuticas e fisioterapia

IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA
 - SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
 - RESULTADOS DE EXAMES

CERVICALGIA



IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA
 - SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;
 - RESULTADOS DE EXAMES

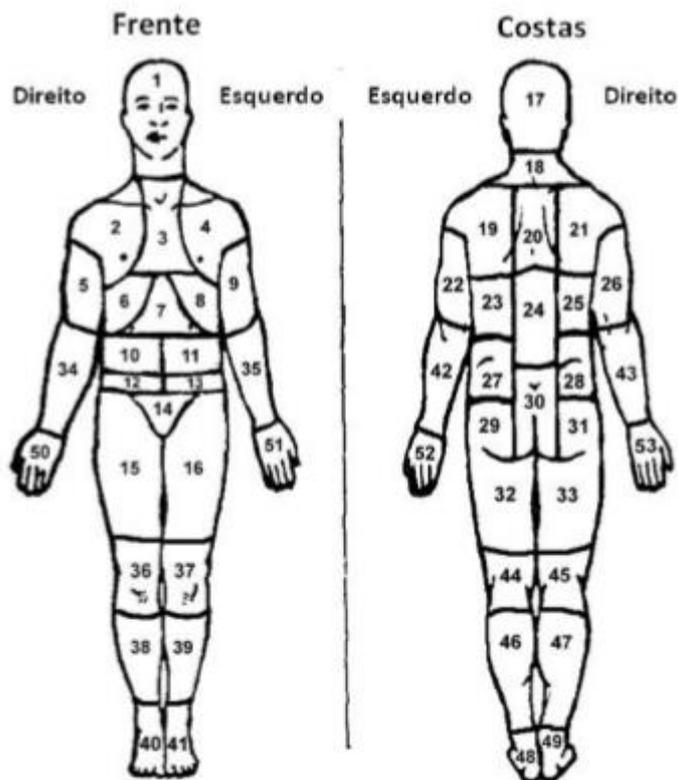
ANEXO B - INVENTÁRIO BREVE DE DOR

IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DA DOR

1. Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.).
Você teve hoje, dor diferente dessas?

- Sim
 Não

2. Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor e, onde a dor é mais intensa.



3. Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

4. Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

5. Circule o número que melhor descreve a média da sua dor

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

6. Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

7. Quais os tratamentos ou medicações você está recebendo para a dor?

| | Nome comercial | Princípio Ativo | Dose/ Frequência | | | | Data de início do uso |
|----|----------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|-----|-----------------------|
| | | | Concen Tração | Comp. Por dia | Vezes por dia | S/N | |
| M1 | | | | | | | |
| M2 | | | | | | | |
| M3 | | | | | | | |
| M4 | | | | | | | |
| M5 | | | | | | | |

8. Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?

Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alívio completo

9. Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

9.1 Atividade geral

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.2 Humor

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.3 Habilidade de caminhar

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.4 Trabalho

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.5 Relacionamento com outras pessoas

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.6 Sono

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.7 Habilidade de apreciar a vida

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE LANSS

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR - Pense na dor que você vem sentindo na última semana. - Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO - Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM - Eu tenho este tipo de sensação com frequência[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO - Minha dor não afeta a cor da minha pele[0]

b) SIM - Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a) NÃO - Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível[0]

b) SIM - Minha pele é mais sensível ao toque nesta área[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.

a) NÃO - Minha dor não se comporta desta forma[0]

b) SIM - Eu tenho estas sensações com muita frequência[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.

a) NÃO - Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM - Eu tenho estas sensações com frequência[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico) A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) **ALODINIA** Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO - Sensação normal em ambas as áreas[0]

b) SIM - Alodinia somente na área dolorida[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas. Teste realizado com a agulha anexada ao martelo de Buck.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO - Sensação igual em ambas as áreas[0]

b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido[3]

SCORE: Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global. **SCORE TOTAL** (máximo 24)

Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente. Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

ANEXO D - ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA PARA DOR CRÔNICA

AUTOEFICÁCIA PARA O CONTROLE DA DOR (AED)

Gostaríamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco a sua dor?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira no seu sono?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

4. Quanta certeza você tem de que consegue promover a redução pequena ou moderada de sua dor?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

AUTOEFICÁCIA PARA FUNCIONALIDADE (AEF)

Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponda a quanta certeza você tem de poder realizar tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor, considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não atividades isoladas que exijam esforço extraordinário.

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | Muita certeza | | |

3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| 4. Realizar os trabalhos de cuidado de casa? | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| 5. Fazer compras no supermercado ou de roupas? | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| 6. Participar de atividades sociais? | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| 7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas? | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| 8. Participar de atividades familiares? | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| 9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (Para as donas de casa, favor considerar as tarefas de casa como as tarefas de trabalho) | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |
| AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM OUTROS SINTOMAS (AES) | | | | | | | | | |
| Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como fadiga e dor. Para cada pergunta, circule o número correspondente a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas. | | | | | | | | | |
| 1. Quanta certeza você tem de que pode controlar a sua fadiga? | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muita incerteza | | | | Moderada certeza | | | | | Muita certeza |

2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos, por exemplo: fadiga e dor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a dor leve ou moderada?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?

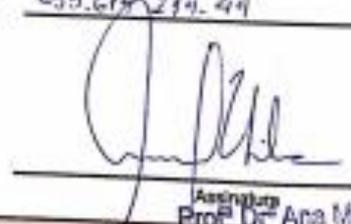
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

ANEXO E - FOLHA DE ROSTO

|  MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Projeto de Pesquisa: A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA NÃO ONCOLÓGICA | | | |
| 2. Número de Participantes da Pesquisa: 320 | | | |
| 3. Área Temática: | | | |
| 4. Área do Conhecimento: SAÚDE COLETIVA, Grande Área 4. Ciências da Saúde | | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | |
| 5. Nome: Flávia Guilherme Gonçalves | | | |
| 6. CPF: 058.405.009-76 | | 7. Endereço (Rua, n.º): PAULO BARRETO, 92 NOVA LONDRINA PARANA 89016710 | |
| 8. Nacionalidade: BRASILEIRO | | 9. Telefone: (43) 3342-1571 | 10. Outro Telefone: |
| | | 11. Email: fvladafeko@gmail.com | |
| <p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> | | | |
| Data: 19 / 09 / 2017 | |  Assinatura | |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 12. Nome: Universidade Estadual de Londrina - UEL | | 13. CNPJ: | 14. Unidade/Órgão: CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva |
| 15. Telefone: (43) 3371-2359 | | 16. Outro Telefone: | |
| <p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> | | | |
| Responsável: ANA MARIA RIGO SILVA | | CPF: 639.619.294-49 | |
| Cargo/Função: COORDENADORA | |  Assinatura Prof.ª Dr.ª Ana Maria Rigo Silva -Coordenadora do PPG em Saúde Coletiva - CCSUEL | |
| Data: 19 / 09 / 2017 | | | |
| PATROCINADOR PRINCIPAL | | | |
| Não se aplica. | | | |

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PELA AUTARQUIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO PROVISÓRIA DE PESQUISA

Pendência- parecer do CEP

C.P. 30/2016/CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa: **"A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCOLOESQUELÉTICA"**, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna Flávia Guilherme Gonçalves do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva a nível de doutorado, da Universidade Estadual de Londrina, orientada pelo Prof. Dr Marcos Aparecido Sarria Cabrera, docente da mesma Universidade, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS N°. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia será autorizada somente após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado pelo CONEP, e planejamento prévio com a unidade de serviço envolvida.

Londrina, 22 de dezembro de 2016.

Sueli Inocente
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada.
GPQS/DGTES/AMS/PML

ANEXO G – NÚMERO DO PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA NÃO ONCOLÓGICA

Pesquisador: Flavia Guilherme Goncalves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 72543917.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.298.277

ANEXO H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**“A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA”, a ser realizada em Londrina. O objetivo da pesquisa é analisar a utilização de tratamentos não farmacológicos por idosos com dor crônica musculoesquelética não oncológica que aguardam por consulta com médico ortopedista do Sistema Único de Saúde no Município de Londrina - Paraná.

Sua participação é muito importante e ela se daria por meio de respostas de questões sobre características sociodemográficas, caracterização da dor crônica e questões relacionadas a sua autoeficácia no manejo da dor crônica. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e de futuras e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são contribuir para a identificação e o enfrentamento da dor crônica pelos usuários, pelas equipes de saúde da atenção primária e pelos gestores.

Quanto aos riscos desse trabalho seriam mínimos, por se tratar de entrevista e preenchimento de questionários, mas por se tratar de dor crônica, caso paciente verifique que ainda não passou por alguns dos tratamentos necessários para o manejo da dor crônica, será encaminhado para a Unidade Básica de Saúde de referência para passar por avaliação e possível encaminhamento para profissional especializado.

As entrevistas serão realizadas ou na Unidade Básica de Saúde de referência do idoso, ou em seu próprio domicílio. O local será definido após contato prévio com o idoso o qual poderá optar por um dos dois locais sugeridos.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar Flavia Guilherme Gonçalves. Rua Paulo Barreto, 92, 3342-1571 ou 99184-7845, flaviadafisio@gmail.com ou procurar

o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) Senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

(NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXO I – FOLHA DE ROSTO DO ARTIGO - AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES DE AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES DA AUTOEFICÁCIA EM IDOSOS DA COMUNIDADE COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

Evaluation of self-efficacy determinants in community-dwelling older adults with chronic musculoskeletal pain

Flavia Gonçalves Ziegler^a , Marcos Aparecido Sarria Cabrera^a , Aline Silva de Almeida^b , Thaisa Morais Alexandre^b , Amanda da Silva Pereira^b , Jessyca Wesgueber^b , Keila Mayumi Aoyagui^b 

RESUMO

INTRODUÇÃO: A autoeficácia pode ser definida como a força das convicções que se tem de poder executar determinada atividade obtendo o resultado esperado. Ela pode funcionar como potente mediador entre a dor crônica musculoesquelética e a maneira como o idoso lida com suas próprias incapacidades. **OBJETIVO:** Avaliar os fatores determinantes das crenças de autoeficácia e do medo do exercício em idosos da comunidade com dor crônica musculoesquelética. **METODOLOGIA:** Estudo transversal com idosos que sofrem de dor crônica musculoesquelética. Incluíram-se apenas indivíduos da área urbana que relataram dor há mais de três meses. Selecionou-se a amostra de forma não probabilística por conveniência. As variáveis estudadas basearam-se em dados sociodemográficos, na caracterização da dor pelo inventário breve de dor e pela escala *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS), na autoeficácia pela escala de autoeficácia para dor crônica e, para a crença sobre o exercício físico, elaboraram-se questões simples. Para as análises estatísticas aplicaram-se frequência absoluta e relativa, teste χ^2 e teste de Mann-Whitney U quando pertinentes. **RESULTADOS:** A amostra compreendeu 193 idosos, em sua maioria mulheres com baixa escolaridade. A autoeficácia foi mais bem avaliada por idosos que moravam sós e por aqueles que foram classificados com dor exclusivamente nociceptiva. **CONCLUSÃO:** Ainda que possuam dores crônicas, idosos com melhor autoeficácia sentem-se confiantes na realização de suas tarefas e possuem melhor capacidade para o enfrentamento das mudanças relacionadas ao envelhecimento e para o autocuidado. **PALAVRAS-CHAVE:** atenção à saúde do idoso; autoeficácia; dor crônica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Self-efficacy is defined as the strength of a person's convictions in being able to perform a given activity and obtain the expected result. It may act as a potent mediator between chronic musculoskeletal pain and how older adults cope with their disabilities. **OBJECTIVE:** To evaluate the determinants of self-efficacy beliefs and fear of physical exercise in community-dwelling older adults with chronic musculoskeletal pain. **METHODS:** This cross-sectional study recruited older adults with chronic musculoskeletal pain. Only individuals living in an urban area in southern Brazil and who reported pain for more than 3 months were included. A convenience sample was selected in a nonprobabilistic fashion. The study variables consisted of sociodemographic data; pain based on the Brief Pain Inventory and the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain; and self-efficacy based on the Chronic Pain Self-Efficacy Scale. Also, simple questions were created for physical exercise beliefs. For statistical analysis, absolute and relative frequency, χ^2 test, and Mann-Whitney U test were used as appropriate. **RESULTS:** The sample consisted of 193 older adults, mostly women with low level of education. Self-efficacy was best rated by older adults living alone and by those who were classified as exclusively nociceptive pain. **CONCLUSION:** Despite having chronic pain, older adults with higher self-efficacy feel confident in performing their tasks and have greater ability to cope with changes related to aging and to engage in self-care. **KEYWORDS:** health services for the aged; self-efficacy; chronic pain.

^aUniversidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

^bCentro Universitário Filadélfia – Londrina (PR), Brasil.

Dados para correspondência

Flavia Gonçalves Ziegler – Universidade Estadual de Londrina – Rua José Monteiro de Mello, 150 – Jardim do Lago – CEP: 86050-430 – Londrina (PR), Brasil. E-mail: flaviadafisio@gmail.com

Recebido em: 07/04/2020. Aceito em: 18/05/2020.

<https://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000039>



Artigos em Geriatria, Gerontologia e Envelhecimento são publicados nos termos da Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND 4.0), que permite seu uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o artigo seja devidamente citado, de maneira não comercial e sem modificações ou adaptações.