

Juliana Pantuza Vilar Ribeiro

**FUNCIONALIDADE E ESTADO GERAL DE SAÚDE EM IDOSOS COM DOR
LUMBAR AGUDIZADA: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Belo Horizonte

2014

Juliana Pantuza Vilar Ribeiro

**FUNCIONALIDADE E ESTADO GERAL DE SAÚDE EM IDOSOS COM DOR
LUMBAR AGUDIZADA: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Saúde e Reabilitação do idoso

Orientadora: Profa. Dra. Marcella Guimarães Assis

Co-orientadora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2014

Ao Leandro e à Gaía companheiros

incansáveis nessa jornada!

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que se fizeram presentes nessa caminhada de desafios e descobertas eu agradeço imensamente.

Aos meus pais, meu muito obrigada eterno pelo orgulho e apoio incondicional.

A Lina pelo exemplo de competência, por se fazer presente em meus pensamentos mesmo quando distante e por ter me ensinado a compartilhar a vida.

Ao Leandro pela parceria constante, pela paciência, pelo amor e pela alegria a cada conquista.

Aos amigos por trazerem leveza e paz a momentos árdios de trabalho e de ansiedade.

A Renata, companheira nas alegrias e percalços dessa jornada.

A minha orientadora Profa. Marcella, que sempre muito enérgica acreditou no meu trabalho, me guiou durante todo o percurso me apresentando caminhos e me possibilitando novas perspectivas.

A minha co-orientadora Raquel que de maneira cuidadosa e competente me auxiliou em grandes “desafios da matemática humana”.

A equipe do BACE com a qual compartilhei angústias, experiências e muito trabalho.

Por fim, agradeço a Deus, fonte maior de energia espiritual que me manteve forte e principalmente feliz e em paz nesse caminho de trabalho e dedicação.

“Por tanto amor
Por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz
Manso ou feroz
Eu, caçador de mim”
(Milton Nascimento)

RESUMO

Há um aumento da expectativa de vida e da proporção de idosos na população brasileira, sendo que a maior parte dessa população apresenta doenças crônicas e incapacidades. Entre os possíveis acometimentos à saúde dos idosos está a dor lombar (DL) que é uma condição frequente na população e impacta na capacidade funcional e na forma em que o indivíduo percebe a própria saúde. O objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre a intensidade da dor (ID) lombar, a capacidade funcional (CF) e a percepção do estado geral de saúde (PEGS) de pessoas idosas, e a mudança nessas respostas em seis meses em idosos com dor lombar (DL). Estudo observacional longitudinal, realizado com uma subamostra do estudo epidemiológico Back Complaints in the Elders – BACE. A ID foi avaliada pela Escala Numérica de Dor, a CF pelo *Late-Life Function and Disability Instrument* e a PEGS pelo *Short-Form Health Survey*. Os dados foram submetidos às análises estatísticas: descritiva, Test t pareado para testar a hipótese da diferença das médias da dor ao longo do tempo, Teste de Mc Nemar para verificar a mudança nas frequências de idosos segundo os níveis de ID e da PEGS, Teste de Wilcoxon para testar as mudanças nos escores de frequência e limitação, os Testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para a comparação dos escores dos instrumentos entre as variáveis, por fim, a associação entre a ID e a PEGS foi avaliada pelo Teste Qui-quadrado com tendência linear. Participaram do estudo 188 idosos com idade média de 68,4 anos e predominância feminina (89,4%). Os resultados do presente estudo apontaram que a ID apresentou redução da média e no percentual de indivíduos com dor intensa após seis meses, porém 52,2% da amostra se manteve com a mesma ID, sendo, que, 40,4% com dor intensa. A CF e a PEGS não apresentaram alteração estatisticamente significativas. A dor se associou à CF de maneira inversa, ou seja, verificou-se pior CF em idosos com dor intensa. Em relação à PEGS, a percepção positiva se associa a dor leve. A CF apresentou relação direta com a PEGS, ou seja, pior CF se associou a pior percepção de saúde. A partir dos resultados desse estudo pôde-se conhecer o perfil de idosos com DL agudizada. Verificou-se que no decorrer de seis meses, a frequência de idosos com dor intensa reduziu, enquanto a capacidade funcional e a percepção do estado geral de saúde se mantiveram. Além disso, a intensidade da dor se relacionou de maneira inversa com a percepção do estado geral de saúde e com a capacidade funcional, o que só foi percebido após seis meses. Por fim, a percepção do estado geral de saúde e a capacidade funcional mantiveram relação direta.

Palavras-chave: idosos, dor lombar agudizada, capacidade funcional, incapacidade, saúde percebida.

ABSTRACT

There is an increase in life expectancy and in the proportion of elderly in Brazilian population. The majority of this population have chronic diseases and disabilities. Among the possible elderly health problems there is low back pain (LBP) which is a common condition in the population it impacts on functional performance and the manner in which the individual realize his own health. The aim of this study was to evaluate the association between low back pain intensity (PI), functional performance (FP) and the perception of general health (PGH) in elderly and the change in these responses after six months. It's an observational longitudinal study conducted with a subsample of the epidemiological study Back Complaints in the Elders – BACE. In 188 elderly patients with LBP, the PI was evaluated by the Numerical Pain Rating Scale, the FP by the Late-Life Function and Disability Instrument and the PGH by the Short-Form Health Survey. The data were subjected to statistical analysis: descriptive, Paired t Test to test the hypothesis of mean difference in pain over time, the McNemar Test to verify the change in the frequencies of the elderly according to the levels of PI and PGH, Wilcoxon Test to test the changes in scores for frequency and limitation, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney Tests to compare the scores of instruments between variables, finally, the association between the PI and the PGH was evaluated by Chi -square with linear trend. There was a predominance of women in the study sample (89,4%), and their mean age was 68.4 years. The results of this study indicate that there was a decrease in mean of PI and in the percentage of individuals with severe pain after six months, however 52.2% of the sample remained with the same ID, 40.4% with severe low back pain. FP and the PGH had no statistically significant change. The pain was associated inversely with FP, ie, worst FP was found in elderly patients with severe pain. A positive perception of health was associated with a mild pain. The FP showed a direct relationship with PGH, ie worst FP was associated with poorer health perception. From the results of this study it was possible to know the profile of elderly patients with acute exacerbation episode of low back pain. It was found that after six months, the frequency of elderly patients with severe pain reduced, while the functional performance and the perception of general health remained. Furthermore, the intensity of pain is inversely related to the perception of general health status and functional performance, which was only observed after six months. Finally, the perception of general health and functional performance maintained direct relationship.

Key words: elderly, acute low back pain, functional performance, disability, perceived health.

PREFÁCIO

A estrutura deste trabalho foi organizada em sete partes de acordo com as normas estabelecidas pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais aprovadas em 21 de agosto de 2012. A primeira parte apresenta a introdução, composta por revisão bibliográfica e justificativa. A segunda parte apresenta os objetivos do estudo. A terceira descreve com detalhes a metodologia utilizada. A quarta é composta pelo artigo intitulado “Funcionalidade e estado geral de saúde em idosos com dor lombar: um estudo longitudinal”, redigido e estruturado de acordo com as normas adotadas pela Revista Brasileira de Fisioterapia e será enviado para publicação após a defesa da dissertação. Na quinta parte do trabalho são apresentadas as considerações finais relacionadas aos resultados encontrados. A sexta parte apresenta as referências bibliográficas completas e em ordem alfabética de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ao final, os anexos encontram-se na sétima seção.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Envelhecimento populacional	10
1.2 Dor Lombar	11
1.3 Capacidade Funcional	17
1.4 Percepção do Estado Geral de Saúde	20
1.5 Aspectos sócio-demográfico	22
1.5.1 Idade	22
1.5.2 Sexo	24
1.6 Justificativa e relevância clínica	27
2 OBJETIVOS	29
2.1.1 Objetivos gerais	29
2.1.2 Objetivos específicos	29
3 MATERIAIS E MÉTODO	31
3.1 Delineamento do estudo	31
3.2 Amostra	31
3.2.1 Critérios de inclusão	32
3.2.2 Critérios de exclusão	33
3.3 Instrumentos de medida	33
3.3.1 Escala Numérica de dor	33
3.3.2 Late life Function and Disability Instrument (LLFDI)	34
3.3.3 Short-Form Health Survey (SF- 36)	37
3.4 Procedimentos	40
3.5 Análise estatística	42
4 ARTIGO	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	80
Escala Numérica de dor	80
Late life Function and Disability Instrument (LLFDI)	81
Short-Form Health Survey (SF- 36)	90

INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

A pirâmide etária brasileira na década de 2010 é o reflexo de modificações sociodemográficas ocorridas ao longo do último século. O decréscimo nos níveis de mortalidade acompanhado da redução dos níveis de fecundidade acarretou esse cenário visto atualmente de estreitamento da base da pirâmide etária e alargamento do topo (IBGE, 2012). Nesse processo, no decorrer dos últimos vinte anos a população idosa passou da representatividade de 4,8% em 1991, para 7,4% da população em 2010 e estima-se que será de 22,71% em 2050 (IBGE, 2012; IBGE, 2008). Outro dado relevante nesse panorama de transição demográfica da população brasileira é a elevação da expectativa de vida que nos anos de 1940 era de 45,5 anos, em 2008 atingiu 72,7 e em 2050 espera-se que atinja 81,2 (IBGE, 2008).

No município de Belo Horizonte no ano 2000 havia um contingente absoluto de 204.553 idosos, representando 9,1% da população, já em 2010 esse número passou a 285.053, representando 12% da população da cidade. Desses idosos, 60,5% eram mulheres e 39,5% homens, 75% eram considerados funcionalmente independentes enquanto 3,3% eram dependentes (PBH, 2011; TANNURE, 2010).

Diante desse panorama, pode-se compreender o fato de o envelhecimento populacional estar em destaque como tema relevante em discussões atuais, uma vez que impacta no perfil de funcionalidade e produtividade da população e, como

consequência na formulação de políticas públicas de saúde, previdência e assistência social (IBGE, 2008). A cada ano, aproximadamente 650 mil idosos são agregados à população brasileira, sendo que a maior parte deles apresenta doenças crônicas e incapacidades, na maioria das vezes há diagnósticos coexistentes com percurso duradouro e que necessitam de tratamento constante, medicação contínua e exames periódicos, o que acarreta em elevados custos para a saúde pública (VERAS, 2009).

Entre os diversos possíveis acometimentos à saúde dos idosos está a dor lombar (DL) que é uma condição frequente na população e pode acarretar incapacidade funcional e restrição da qualidade de vida do idoso na comunidade. Destaca-se ainda o elevado custo gerado pela DL para a saúde pública devido aos tratamentos necessários e incapacidades geradas (ALVES et al., 2007; GALLAGHER, 2003). Portanto estudos como este que trazem esclarecimentos acerca dessa entidade clínica se tornam necessários na medida em que permitem o desenvolvimento de estratégias direcionadas para intervenção com essa população tanto para tratamento quanto para a prevenção de novos episódios (REIS et al., 2008).

1.2 Dor Lombar

A dor lombar se refere à dor na região lombossacral, ou seja, aquela dor que ocorre na região compreendida entre a extremidade do processo espinhoso da 12^a vértebra torácica até a articulação sacrococcígea, que tenha como origem a coluna vertebral e não o membro inferior (RATHMEL, 2009). Em relação ao tempo de duração, a DL pode ser classificada como aguda quando tem duração inferior a três meses, e

crônica quando sua duração ultrapassa esse período, sendo que o episódio agudo ocorre em 90% dos casos (BALAGUÉ et al., 2007; SURI et al., 2011). Há autores que a subdividem em aguda, quando tem duração inferior a seis semanas, subaguda, duração entre seis e doze semanas, e crônica quando tem duração superior a doze semanas (BALAGUÉ et al., 2007). Sua característica geralmente oscilatória, com recorrências e remissões faz de seu curso imprevisível e a documentação de sua intensidade difícil, o que ocorre tanto para DL aguda quanto para a crônica, que possui uma intensidade mais estável da dor, porém com episódios de curta duração, algumas vezes menor do que três dias (SURI et al., 2011). No que se refere à causa, a DL pode ser classificada como específica quando os sintomas são causados por condições clínicas definidas, e não-específicas quando o mecanismo da dor não é claramente definido (DELLAROZA et al., 2007).

A DL é considerada um sintoma e não um diagnóstico clínico e gera diferentes graus de prejuízo, incapacidade e cronicidade (BALAGUÉ et al., 2007; REIS et al., 2008) sendo que a intensidade da dor pode influenciar o grau de incapacidade por ela gerada (SURI et al., 2011). Diversos fatores têm sido associados com essa entidade clínica tanto de maneira isolada como em interação, sendo então considerada uma condição de causa multifatorial (GILKEY et al. 2010). Esses fatores podem ser categorizados como fatores pessoais tais como idade, sexo, peso e altura; biomecânicos como, por exemplo, a realização de movimentos bruscos, levantamento de objetos pesados, movimentos de curvar-se, alcances e posturas inadequadas; fatores psicossociais como tédio, trabalho monótono, estresse mental (depressão, tristeza, ansiedade) e, há ainda, uma quarta categoria que são fatores ambientais que englobam os três domínios supracitados, porém, considera o

contexto em que o indivíduo se insere (GILKEY et al., 2010). Outras possíveis fontes de DL podem ser lesões em músculos, nervos, ossos ou mesmo órgãos abdominais, mas existem causas subjacentes e com frequência não se define uma razão específica para seu surgimento (SHEMSHAKI et al., 2013). Algumas causas da DL podem gerar uma dor tão insuportável que necessite uma intervenção de emergência (SHEMSHAKI et al., 2013).

A DL, queixa recorrente entre os idosos, é a causa mais comum de dor na região da coluna vertebral, representa causa importante de morbidade e está entre as causas mais frequentes de incapacidade decorrente de prejuízos no aparelho locomotor (TEIXEIRA et al., 2001). Na revisão sistemática realizada por Bressler e colaboradores (1999) com objetivo de determinar a prevalência de dor lombar associada à idade foi verificado que a dor nas costas em idosos da comunidade, variou entre 12,8% a 49%, e deve-se levar em consideração que apenas dois estudos tiveram a DL como foco principal. Em idosos acima de 80 anos, a prevalência de dor nas costas foi de 6% a 40% (BRESSLER et al., 1999). Teixeira e colaboradores (2001) afirmaram que a dor lombar é uma dor que ocorre em cerca de 40% a 45% dos indivíduos com 65 a 85 anos. Em estudo transversal realizado por Reis e colaboradores (2008) a partir da análise de prontuário de 131 pacientes atendidos pela Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), constatou-se a prevalência de 33,6% de dor lombar em idosos. No estudo multicêntrico *Mister osteoporosis* (MrOs) realizado por Ghanei e colaboradores (2013) na Suécia, com 3009 homens com idade entre 69-81 anos que investigou a história da DL, nos doze meses anteriores, foi verificado que 45% dos indivíduos apresentaram algum tipo de DL no último ano. A prevalência de DL é

pouco conhecida entre os idosos (TEIXEIRA et al., 2001) e essa variação constatada entre os diferentes estudos se deve, entre outras causas, ao fato de não haver um consenso em relação a sua definição (BRESSLER et al., 1999; GHANEI et al., 2013). Além disso, os idosos, na maioria das vezes são excluídos dos estudos devido às alterações cognitivas e por não se encontrarem economicamente ativos, o que favorece a lacuna existente na literatura sobre DL agudizada em pessoas idosas. Merece ainda destaque a impossibilidade de se fazer inferências a partir do conhecimento já produzido a respeito de jovens e adultos com DL, uma vez que, as bases anatomofisiológicas que explicam a dor lombar são bastante diferentes para os idosos, devido à ocorrência de comorbidades, como por exemplo, osteoartrites, degeneração discal, osteoporose e estenose do canal vertebral, que aumentam com o envelhecimento (DIONNE et al., 2006). Ressalta-se também que as consequências da dor lombar na vida do idoso são muito diferentes e podem incluir as quedas, a institucionalização, a hospitalização e a mortalidade (CALDAS, 2003; FILHO, 2002; TINETTI, 2003) .

Em indivíduos acometidos pela DL, a dor é um dos principais parâmetros a ser avaliado e é também a medida mais sensível e responsiva quando se mede efeitos de tratamento. Ela pode ser caracterizada por dois domínios, intensidade que se refere a quanto a pessoa sente a dor e aspecto emocional que se refere à experiência gerada pela dor (BALAGUÉ et al., 2007), sendo, portanto, domínios quantitativo e qualitativo respectivamente.

Em relação à intensidade da dor, a revisão sistemática realizada por Dionne, Dunn e Croft (2006) constatou, que idosos experimentam ou reportam com menos

frequência dor lombar leve ou moderada, mas apresentam maior prevalência de episódios mais severos e incapacitantes com o aumento da idade. Alguns fatores podem explicar essa redução na prevalência de dores leves e moderadas, como por exemplo, prejuízo cognitivo, depressão, declínio na percepção da dor e aumento da tolerância a dor (DIONNE, DUNN e CROFT, 2006). Scheele e colaboradores (2014) verificaram em seu estudo realizado com indivíduos com 55 anos e mais, que apresentaram episódio agudo de DL, que o valor da intensidade da dor lombar no momento da avaliação foi significativamente diferente entre os grupos etários ($p < 0,05$), sendo que para o grupo de 55-74 anos o valor da média e desvio padrão (DP) foram 4,5 (2,5) e para o grupo ≥ 75 anos os valores foram 5,1(2,5).

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP), como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão tecidual real ou potencial. É uma experiência sensorial subjetiva, complexa, influenciada por experiências prévias, memória, expectativas e aspectos emocionais (MERSKEY e BOGDUK, 1994) e só pode ser alcançada de maneira indireta (TEIXEIRA et al., 2001). O aspecto emocional da dor, ou seja, a forma como o indivíduo experimenta a sensação dolorosa, é influenciado por aspectos psicológicos e sociais e sua avaliação envolve a abordagem do contexto em que esse fenômeno ocorre, principalmente, sob os aspectos biopsicossociais. Há uma grande dificuldade na realização da avaliação da dimensão emocional da dor, devido à subjetividade que a caracteriza e a torna abstrata. Dessa forma, para que o processo de avaliação ocorra de maneira efetiva e completa, é necessário que se compreenda e valorize o

fenômeno doloroso, além de saber realizar boa escuta e admitir que quem sente a dor é quem pode avaliar sua dimensão (WATERKEMPER e REIBNITZ, 2010).

Como exposto, a dor se apresenta como um fenômeno multifatorial em que a lesão tecidual, aspectos emocionais, sócio culturais e ambientais são fatores que o compõem, sendo que a experiência da dor impacta de maneira diferenciada em cada indivíduo e pode gerar declínio da capacidade funcional acarretando incapacidades e prejuízo da qualidade de vida (DELLAROZA, PIMENTA E MATSUO, 2007). A dor acarreta ainda fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas, dificuldades de concentração, comprometimento das funções corporais, agitação e risco de estresse emocional que aumentam a morbimortalidade entre os idosos e onera o sistema de saúde (ANDRADE, PEREIRA E SOUSA, 2006; DELLAROZA, PIMENTA e MATSUO, 2007). Em pesquisa realizada por Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) com 451 idosos em Londrina no estado do Paraná, foi constatado que 51,4% dos idosos apresentavam dor crônica, sendo que o local mais prevalente foi a região dorsal (21,7%). Nos idosos com dores múltiplas, 19,6% também relataram dor na região dorsal. Um estudo epidemiológico realizado na cidade de São Paulo com uma amostra de 1.271 idosos apontou prevalência de 29,7% de dor crônica e indicou que a ocorrência da dor crônica estava associada à pior capacidade funcional avaliada por meio das atividades de vida diária básica e instrumentais e mobilidade (DELLAROZA et al., 2013). Em diversos estudos, a dor é amplamente relacionada ao grau de incapacidade, suas características de frequência, duração do episódio e intensidade da dor repercutem na funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida do idoso (DELLAROZA, PIMENTA e MATSUO, 2007; DELLAROZA et al., 2013; REIS, et al., 2008).

Diversos empecilhos teóricos e metodológicos restringem a investigação epidemiológica sobre dor, sendo que parte significativa dessas limitações decorre e se fundamenta no caráter complexo da dor, que apresenta várias características fisiopatológicas, interações psicológicas e sociais e numerosas formas de apresentação e fatores causais, além disso, pode ser influenciada por diferenças transculturais (TEIXEIRA et al., 2001).

No presente estudo a intensidade da dor foi avaliada como um importante parâmetro na construção de um perfil de saúde de idosos com dor lombar aguda, e, para tanto, foi utilizada a “Escala Numérica da Dor”.

1.3 Capacidade funcional

A funcionalidade ou capacidade funcional do idoso inclui a capacidade de executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais e uma situação adequada de sua integração social e cultural (TANNURE, 2010). Segundo Veras (2009) refere-se à habilidade de manter o bom funcionamento dos componentes físicos e mentais para uma vida independente e autônoma. A independência funcional pode ser mensurada a partir do desempenho do idoso nas atividades de vida diária (AVD). As AVD podem ser categorizadas em atividades básicas de vida diária (ABVD) - atividades de automanutenção da vida e bem estar; atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - atividades de gerenciamento da própria vida em casa e na comunidade; e atividades avançadas da vida diária (AAVD) - atividades de

participação social, trabalho, lazer e atividade física (ALVES et al., 2007; AOTA, 2008; CALDAS, 2003).

A capacidade funcional pode ser influenciada por algumas condições de saúde, dentre as quais está a ocorrência de dor, uma vez que a dor pode acarretar incapacidades com conseqüente declínio funcional e prejuízo da qualidade de vida (DELLAROZA, PIMENTA E MATSUO, 2007).

A incapacidade é uma condição complexa e multifatorial que está presente em 11% a 76% dos indivíduos com dor lombar. Essa variação tão ampla se explica pelas diferenças na elaboração desse construto e nos instrumentos utilizados para mensurar o fenômeno, que se relaciona com altos custos sociais e de saúde (SALVETTI et al.,2012). No estudo de Salvetti e colaboradores (2012) realizado com 177 indivíduos adultos e idosos, com dor lombar crônica, de ambos os sexos, frequentadores de três serviços ambulatoriais de saúde na cidade de São Paulo, constatou-se prevalência de incapacidade de 65%. Além disso, verificou-se que quanto maior a intensidade da dor maior a prevalência de prejuízo funcional ($p<0,001$) (SALVETTI et al.,2012).

Segundo Di Iorio e colaboradores (2007) idosos com DL, quando comparados com aqueles que não sofrem do mesmo sintoma, tem maior probabilidade de apresentar dificuldade na realização de suas AVD. A DL, no referido estudo, foi associada com incapacidade na realização das atividades de banho, lavanderia, atividades domésticas pesadas, cortar unhas dos pés, fazer compras e carregar uma sacola de compras (DI IORIO et al., 2007). Segundo esse mesmo grupo de pesquisadores a

DL crônica acarreta limitação na função física e na interação com o ambiente. Alguns prejuízos relacionados à DL podem ser mascarados pela utilização de estratégias compensatórias e reservas funcionais. Entretanto, quando o indivíduo é solicitado a desempenhar uma tarefa difícil, sua incapacidade torna-se evidente, ou quando ocorre um prejuízo específico, como uma perda de peso, a DL não pode ser contrabalanceada e a limitação funcional torna-se clara. Por esse processo, idosos acometidos pela DL podem reduzir suas atividades no decorrer do tempo e perder progressivamente seu *status* funcional e sua independência (DI IORIO et al., 2007). Em estudo de Scheele e colaboradores (2014) realizado com 675 indivíduos holandeses, com idade igual ou superior a 55 anos, que haviam apresentado episódio de agudização de dor lombar, verificou-se que os sujeitos da faixa etária igual ou superior a 75 anos apresentaram maior comprometimento funcional do que indivíduos com idade inferior. Além disso, indivíduos com 75 anos ou mais reportaram valor da média da dor significativamente maior no momento da avaliação, maior presença de incapacidades, mais comorbidades e tiveram qualidade óssea inferior com mais frequência do que os indivíduos entre 55-74 anos (SCHEELE et al., 2014).

A capacidade funcional é, portanto, a habilidade do indivíduo de desempenhar seus papéis no cotidiano, no que se refere ao cuidado consigo mesmo, com o gerenciamento de sua vida em casa e na comunidade e com sua participação social em atividades como trabalho e lazer. A preservação da capacidade funcional se faz necessária para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009), e pode ser influenciada por alguns aspectos tais como dor (DELLAROZA, PIMENTA E MATSUO, 2007; SALVETTI et al., 2012), idade (ALVES et al., 2007) e sexo

(CHENOT et al., 2008; SALVETTI et al., 2012). No intuito de compreender de que maneira ocorrem essas relações é que nesse estudo a capacidade funcional foi avaliada como mais um parâmetro na construção do perfil de saúde de idosos com dor lombar, e, para tanto, foi utilizado o instrumento “*Late-Life Function and Disability Instrument*”.

1.4 Percepção do estado geral de saúde

A percepção sobre a própria saúde refere-se à interpretação pessoal que o sujeito faz de sua saúde, que está diretamente relacionada às suas vivências, a seus objetivos, suas estratégias para lidar com decepções e fracassos e pode ainda, estar relacionada a condições físicas e com o comprometimento funcional do indivíduo (SILVA et al.,2012). Essa avaliação da percepção subjetiva sobre o estado da própria saúde tem se destacado como um indicador relevante associado ao declínio da independência funcional e até mesmo da mortalidade entre idosos. Essa tem sido uma variável frequentemente utilizada uma vez que tem o potencial de sintetizar uma interação complexa de aspectos relacionados à saúde do idoso e de ter valor preditivo para mortalidade (SILVA et al.,2012).

Em estudo de Silva e colaboradores (2012) realizado com 909 idosos constatou-se que a frequência de idosos que referiram percepção negativa de saúde foi de 49,6%, sendo maior no sexo feminino (56,7%) do que no masculino (43,3%).

A percepção sobre a própria saúde se relaciona com o grau de independência dos idosos na realização de suas AVD (GAMA et al, 2000; SILVA et al., 2012). A

incapacidade é a variável que mais interfere na percepção pessimista do estado geral de saúde, independentemente do sexo (SILVA et al.,2012). Com a progressão do grau de dependência funcional, maior é a chance de o idoso autoperceber a sua saúde negativamente. Assim, a capacidade funcional passa a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde do idoso (ALVES e RODRIGUES, 2005).

A percepção sobre a própria saúde se relaciona também com a presença e intensidade da dor, nesse caso, de maneira inversa (HICKS et al., 2008). Essa relação pode ser percebida no estudo de Silva (2010) realizado com 34 indivíduos portugueses adultos e idosos com dor lombar crônica (DLC), que avaliou o impacto da DLC na qualidade de vida do indivíduo levando em consideração sua funcionalidade, interação social e profissional e o estado de saúde. Este estudo apontou que no que se refere à sua relação com a dor, a percepção do estado geral de saúde dos indivíduos com dor lombar crônica apresentou-se pior ($p < 0,01$) quando comparada a indivíduos saudáveis (SILVA, 2010). Nesse mesmo estudo, houve ainda a constatação de que indivíduos com DL tem um prejuízo global do estado geral de saúde, apresentando declínio do desempenho físico, social e emocional, detectados pelo instrumento *Short-Form Health Survey* (SF-36), o que acarreta como consequência incapacidade funcional (SILVA, 2010).

Dessa forma, pode-se verificar a interrelação entre a dor lombar, a percepção de saúde e a incapacidade. Entre as possibilidades para se avaliar o estado de saúde, as medidas subjetivas, por meio de escalas e questionários, parecem ser a estratégia mais viável em estudos populacionais em virtude de sua praticidade (SILVA et al.,2012).

No presente estudo, o domínio estado geral de saúde do instrumento “*Short-Form Health Survey* (SF- 36)” foi utilizado para avaliação da percepção do estado geral de saúde.

1.5 Aspectos sócio-demográficos

As características sociodemográficas, tais como idade e sexo devem ser levadas em consideração quando se investiga a intensidade da dor (SILVA, FASSA e VALLE, 2004), a funcionalidade e a percepção de saúde de idosos uma vez que são variáveis que podem influenciar diretamente esses aspectos (ALVES et al., 2007; ALVES e RODRIGUES, 2005; SALVETTI et al., 2012; SILVA et al., 2012).

1.5.1 Idade

No que se refere à relação entre a idade e a dor, sabe-se que as dores têm alta prevalência em idosos uma vez que estes estão mais vulneráveis a afecções traumáticas, infecciosas e crônico-degenerativas causadoras de dor (DELLAROZA et al., 2008). Apesar de a dor não ser uma característica natural ou esperada do processo de envelhecimento, admite-se que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentem dor. Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor, sendo que a dor é frequente em 32% a 34% dos idosos, ocasional em 20% a 25%, aguda em 6% a 7% e crônica em 48% a 55% (TEIXEIRA et al., 2001). Em pesquisa realizada com 172 idosos da cidade de Londrina, Paraná

por Dellaroza e colaboradores (2008) verificou-se a presença de dor crônica em 58% dos sujeitos com 60 a 69 anos, já naqueles com 80 anos ou mais, todos apresentavam dor crônica. Chou e colaboradores (2013) verificaram que os idosos reportam mais a ocorrência de DL e que idade mais avançada foi considerada um fator de risco significativo para DL.

Em relação à capacidade funcional de pessoas idosas, apesar do envelhecimento por si só não acarretar necessariamente doenças e incapacidades, essa população está mais vulnerável às condições crônicas de saúde, estas por sua vez relacionam-se diretamente com maior chance de ocorrência de declínio funcional (ALVES et al., 2007). A incapacidade funcional no idoso tem implicações relevantes para a sua própria vida, a família, a comunidade e para o sistema de saúde, pois gera maior vulnerabilidade e dependência e como consequência, prejuízo no bem-estar e na qualidade de vida (ALVES et al., 2007). Em estudo realizado com 345 idosos do Sul do Brasil verificou-se que a idade apresentou-se como aspecto fortemente relacionado à perda da funcionalidade, sendo que 37,1% da amostra apresentou “capacidade funcional inadequada” (FIEDLER e PERES, 2008). Ainda nesse estudo constatou-se que os idosos com 70 anos ou mais tiveram maior chance de ter capacidade funcional prejudicada quando comparados com idosos da faixa etária entre 60 e 69 anos. No que se refere a atividades mais complexas, o estudo de Ribeiro e colaboradores (2009) com 155 idosos comunitários em Juiz de Fora, Minas Gerais, verificou que idosos na faixa etária de 60 a 79 anos são capazes de realizar mais AIVD do que os idosos de 80 anos ou mais. Ao se relacionar a capacidade funcional com a dor, verifica-se que pessoas com DL tem maior prevalência de incapacidade com o aumento da idade (SALVETTI et al., 2012).

A idade é também, um determinante relevante da autopercepção de saúde (ALVES e RODRIGUES, 2005). Sabe-se que pessoas acima de 60 anos apresentam maiores chances de perceberem sua saúde como negativa do que grupos etários mais jovens, demonstrando a importância da idade nesse julgamento (ALVES e RODRIGUES, 2005; SILVA et al., 2012). Em estudo realizado por Alves e Rodrigues (2005) no município de São Paulo, com 2.143 idosos comunitários constatou-se que a percepção do estado geral de saúde está relacionada à presença de doenças crônicas. Os idosos com uma doença crônica apresentam risco de 1,86 vezes maior de perceber sua saúde como ruim, já aqueles com quatro ou mais doenças crônicas têm o risco aumentado para 11,98 vezes (ALVES e RODRIGUES, 2005).

No presente estudo pretende-se ampliar a compreensão sobre a relação da idade com a dor, com a funcionalidade e com a percepção sobre a própria saúde de pessoas idosas com dor lombar.

1.5.2 Sexo

As mulheres apresentam maior prevalência de dor lombar e têm uma tendência maior de reportá-la do que os homens (CHENOT, 2008; CHOU, 2013; DI IORIO et al., 2007; SCHNEIDER, RANDOLL e BUCHNER, 2006; SHEMSHAKI et al., 2013). Ressalta-se ainda que elas apresentam mais DL crônica, com episódios agudos de maior duração, e maiores prejuízos em fatores emocionais (CHENOT et al., 2008).

Os fatores de risco para DL também assumem padrão diferenciado entre os sexos, enquanto para os homens os mais comuns são os comportamentais, socioculturais e tecnológicos, como sobrepeso, tabagismo e exposição ocupacional, para as mulheres os fatores psicológicos são os mais frequentes (SCHNEIDER, RANDOLL e BUCHNER, 2006). Destaca-se ainda que a maior expectativa de vida das mulheres se associa a maior apresentação de comorbidades e fatores de risco para dor lombar (SCHNEIDER, RANDOLL e BUCHNER, 2006), o que de alguma forma auxilia na compreensão da maior prevalência da DL no sexo feminino.

A maneira de enfrentar eventos estressores é outra questão que se apresenta de maneira diferente entre homens e mulheres (FORTES-BURGOS, NERI e CUPERTINO, 2007; OLIVEIRA e CUPERTINO, 2005). As mulheres utilizam mais comumente para enfrentamento, estratégias como buscar outros para queixar-se e desabafar, esperar para decidir e agir até ter mais informações, usar remédios para controlar a ansiedade ou depressão e, principalmente, estratégias com foco na religiosidade, enquanto os homens optam por guardar seus sentimentos para si mesmo e evitam buscar apoio em outros (FORTES-BURGOS, NERI e CUPERTINO, 2007; OLIVEIRA e CUPERTINO, 2005).

O desempenho funcional das mulheres com DL é pior quando comparado ao dos homens bem como a recuperação ao longo do tempo (CHENOT et al., 2008). As mulheres idosas apresentam ainda maior prevalência de declínio funcional, o que pode ser explicado em partes pela sua maior longevidade, uma vez que, esses anos a mais refletem uma maior exposição a incapacidades e prejuízo funcional (FIEDLER e PERES, 2008). Na pesquisa de Chenot e colaboradores (2008) com

1.215 adultos e idosos alemães, com dor lombar, acompanhados por um ano, o sexo feminino foi considerado um fator preditivo para baixo desempenho funcional no *follow up de 12 meses*. Entretanto, há pesquisas que demonstram que a prevalência de incapacidade é maior em homens do que em mulheres com DL crônica (SALVETTI et al.,2012).

O sexo também influencia a forma em que o indivíduo percebe a própria saúde. Alves e Rodrigues (2005) constataram que as mulheres apresentam 22% a mais de chance de avaliar sua saúde como ruim do que os homens. Quando se leva em consideração a presença de doenças crônicas na avaliação da percepção do estado geral de saúde, a autopercepção ruim é muitas vezes maior em idosos com quatro ou mais doenças crônicas, tanto no sexo masculino, 9,5 vezes, quanto no sexo feminino, 7,3 vezes (ALVES e RODRIGUES, 2005). Em estudo realizado por Leveille e colaboradores (2005) com 1062 idosos de Framingham, Massachusetts verificou-se que a metade das mulheres com dor generalizada reportou saúde ruim, enquanto, entre os homens um terço classificou sua saúde como ruim. O estudo de Singh e colaboradores (2013) com 34.831 idosos indianos constatou que o autorrelato ruim sobre a saúde é mais comum entre as mulheres (26%) do que entre os homens (22%), sendo que a proporção pessoas idosas que classifica sua saúde como ruim aumenta consistentemente com o aumento da idade sendo maior na faixa etária de 80 anos ou mais para ambos os sexos (44% entre os idosos e 48% entre as idosas) (SINGH et al., 2013).

Diante do exposto constata-se que as variáveis, idade e sexo, são importantes fatores que influenciam na percepção da dor e interferem na determinação da capacidade funcional e autopercepção de saúde de idosos.

1.6 Justificativa e relevância clínica

A abordagem da DL agudizada em idosos é escassa na literatura e apresenta uma lacuna no conhecimento científico, mesmo a prevalência dessa condição de saúde sendo alta e acarretando, como já descrito, incapacidades (HICKS et al., 2008; SCHEELE et al., 2011). Essa condição é uma queixa musculoesquelética prevalente em idosos e, portanto, é necessário produzir conhecimento sobre suas características nessa população, pois são informações relevantes para o seu melhor gerenciamento (SCHEELE et al., 2014) uma vez que as bases anatomofisiológicas que explicam a dor lombar são bastante diferentes para os idosos (DIONNE et al., 2006). Além disso, a maior parte dos estudos aborda a DL crônica sendo raros os estudos que abordam a DL aguda (LAMBEEK et al., 2010) e, na maior parte das vezes, os idosos são excluídos destes estudos devido a fatores como dificuldade para reportar a dor, prejuízos cognitivos ou outras incapacidades que prejudicam a realização dos protocolos completos de avaliação, não serem economicamente produtivos, entre outras peculiaridades dessa faixa etária. A dor é um sintoma que afeta a saúde do idoso de maneira global impactando diretamente em sua capacidade funcional (DELLAROZA, PIMENTA E MATSUO, 2007) e na forma em que percebe a própria saúde (SILVA et al., 2012), o que, como consequência interfere em sua qualidade de vida, e, portanto, demanda atenção (DELLAROZA, PIMENTA E MATSUO, 2007; GALLAGHER, 2003). Embora hajam alguns estudos

relacionando as variáveis intensidade da dor, capacidade funcional e percepção do estado geral de saúde, não há produção científica que demonstre de que maneira ocorre essa relação, o que é relevante para a construção de um perfil de saúde do idoso. Pelo exposto é que se pretende desenvolver o presente estudo no intuito de ampliar a compreensão sobre qual a participação da dor lombar no perfil de saúde funcional dos idosos, conhecimento este, que se faz necessário para a condução mais apropriada da intervenção dos profissionais da saúde com essa população, e numa esfera mais ampla, traz esclarecimentos para a formulação de políticas públicas de promoção e prevenção de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre intensidade da dor lombar agudizada, capacidade funcional e percepção do estado geral de saúde de pessoas idosas, e a mudança nessas respostas em um período de seis meses.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto a média de idade, sexo, estado civil e escolaridade;
- Caracterizar a intensidade da dor, a capacidade funcional e a percepção do estado geral de saúde nos Tempos 1 e 2 de avaliação;
- Avaliar a ocorrência de mudanças na intensidade da dor, na capacidade funcional e no estado geral de saúde após período de seis meses;
- Verificar a associação entre a funcionalidade e a intensidade da dor nos Tempos 1 e 2;

-Verificar a associação entre a funcionalidade e a percepção do estado geral de saúde nos Tempos 1 e 2;

- Investigar a associação entre os diferentes níveis de intensidade da dor e a percepção do estado geral de saúde nos Tempos 1 e 2.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional longitudinal realizado com idosos a partir de 60 anos independente do sexo, que apresentaram um episódio agudo de dor lombar, acompanhados pelo período de seis meses. Esta pesquisa está compreendida dentro do projeto multicêntrico *Back Complaints in the Elderly* (BACE), um estudo epidemiológico observacional prospectivo do tipo coorte, desenvolvido por um consórcio internacional que envolve pesquisadores da Holanda, Austrália e Brasil e tem como objetivos principais determinar a duração, a gravidade e o curso clínico da dor lombar em idosos que apresentaram um novo episódio de DL e identificar possíveis fatores prognósticos para a transição da dor lombar aguda para crônica em idosos; este projeto já teve metodologia publicada e detalhes sobre o protocolo foram descrito em outro artigo (SCHEELE et al., 2011). Esse trabalho está de acordo com as normas internacionais para pesquisas com seres humanos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ETIC0100.0.203.000-11). Os participantes foram orientados quanto ao objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2 Amostra

A amostra inicial desse estudo foi composta por 256 indivíduos, desses 221 eram mulheres e 35 homens. No decorrer de seis meses houve perda de 44 participantes.

As principais causas de perda foram desistência do idoso, devido à responsabilidade pelo cuidado com familiares, cuidados com a própria saúde e dificuldade dos pesquisadores em realizar o contato telefônico no prazo previsto pelo projeto BACE. Após seis meses permaneceram no estudo 85,5% das mulheres e 65,7% dos homens que iniciaram a pesquisa (n=212), o que demonstra perda desigual entre os sexos ($X^2= 0,004$). A média de idade dos idosos que permaneceram no estudo não diferiu daqueles que foram excluídos. A amostra final desse estudo, constituída pelos idosos que apresentaram respostas completas nos diferentes protocolos nos dois tempos do estudo (n=188), foi composta por indivíduos de ambos os sexos com 60 anos ou mais, residentes na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana. Essa é uma amostra não probabilística em que os participantes foram encaminhados para a pesquisa por profissionais de saúde em diversos contextos, como Centros de Saúde, ambulatórios, clínicas e, foi realizada ainda, busca ativa pelos pesquisadores envolvidos.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais independente do sexo que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentaram um novo episódio de dor lombar há menos de seis semanas na ocasião da realização do *baseline* (Tempo 1), que não tinham procurado nenhum profissional de saúde devido aos sintomas da dor lombar nos últimos seis meses, exceto no período da crise atual (SCHEELE et al., 2011) e que tenham participado do *follow up* de seis meses (Tempo 2).

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo idosos que apresentaram prejuízo cognitivo detectado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de acordo com o referencial de Bertolucci (BERTOLUCCI et al. 1994), deficiências visuais e auditivas graves, restrição motora grave que impedia a realização de testes de mobilidade (SCHEELE et al., 2011) e aqueles que não realizaram o *follow up* de seis meses.

3.3 Instrumentos

Essa pesquisa é um recorte dentro do projeto multicêntrico internacional BACE cujo protocolo foi descrito acima. Dentre as avaliações e questionários que compõe o protocolo do BACE, os seguintes instrumentos foram utilizados para a coleta e análise de dados no presente estudo:

3.3.1 Escala Numérica de dor (END)

Instrumento que permite a mensuração quantitativa da intensidade da dor a partir de números que variam em uma escala ordinal de 11 pontos (0 a 10) em que o zero significa “nenhuma dor” e o dez significa “dor extrema”, os demais números representam valores intermediários de dor. A aplicação dessa escala pode ser verbal ou com auxílio gráfico. É uma escala simples de fácil administração que requer pouco treinamento ou experiência para a obtenção de dados. Mostra-se

fidedigna para quantificação de dor entre idosos (ANDRADE, PEREIRA e SOUSA, 2006).

3.3.2 Late life Function and Disability Instrument (LLFDI)

Instrumento de autorrelato desenvolvido com a finalidade de avaliar de maneira ampla idosos comunitários no que se refere à sua funcionalidade e incapacidade, pretende ainda detectar mudanças significativas de desempenho apresentada pelos indivíduos nesses desfechos (JETTE et al., 2002).

A estrutura conceitual do instrumento foi baseada no modelo de incapacidade de Nagi (1964) e em categorias incluídas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) com a proposta de direcionar o conteúdo dos itens para um novo instrumento de autorrelato que avalie estágios de incapacidade. A perspectiva utilizada na elaboração do instrumento define a incapacidade como o prejuízo acarretado por limitações funcionais na participação das pessoas em suas atividades desempenhadas em ambiente sociocultural e ambiental específico e função como a capacidade de realizar tarefas físicas necessárias nas atividades cotidianas (JETTE et al., 2002). Essa definição de modelo conceitual favorece a compreensão de como diferentes aspectos clínicos se relacionam entre si, para testar relações previstas e para desenvolver uma medida de desfecho sólida (JETTE et al., 2002).

O instrumento é composto por dois componentes, nesta pesquisa, apenas o componente incapacidade, nas suas dimensões frequência e limitação, foi utilizado.

A dimensão frequência se refere à regularidade em que as AVD são realizadas e compreende dois domínios, papel social – que se refere às atividades sócio comunitárias, e função pessoal – atividades pessoais. A dimensão limitação se refere à autopercepção do sujeito de suas dificuldades, considerando fatores pessoais e ambientais para realizá-las e também compreende dois domínios, função instrumental – inclui atividades em domicílio e na comunidade, e função de gerenciamento – administração de atividades que exijam principalmente componentes cognitivos (CARDOSO, 2013).

A dimensão frequência contém 16 itens que são avaliados em uma escala de cinco pontos, em que um significa que a tarefa nunca é realizada e cinco que a tarefa é realizada com muita frequência, os demais valores representam frequências intermediárias de realização da atividade. A dimensão limitação inclui os mesmo 16 itens em uma escala de cinco pontos, em que um significa que o indivíduo é completamente limitado em realizar aquela atividade e cinco que não tem limitação alguma, os demais valores representam níveis intermediários de limitação para a realização da atividade (JETTE et al., 2002).

O escore final do instrumento é dado em uma escala de 0-100 para cada dimensão e pode ser dado também para cada domínio da dimensão. Em relação à limitação, valores próximos de 100 indicam altos níveis de capacidade de participação em atividades cotidianas, enquanto valores próximos de zero indicam baixos níveis de participação. Quanto à dimensão frequência, valores próximos de 100 indicam altos níveis de frequência de participação em atividades cotidianas, enquanto escores próximos de zero indicam baixos níveis. A interpretação dos valores dentro de cada

domínio de papel das dimensões segue essa mesma lógica. Esse valor é obtido a partir da transformação do escore bruto, pelo modelo de Rasch, em uma escala linear que já possui estimativa de erro padrão (JETTE et al., 2002). Não há dados disponíveis sobre o escore esperado por idade no LLFDI, dessa forma os escores são melhor utilizados para identificar os níveis de frequência e limitação pré-intervenção para serem comparados com aqueles pós-intervenção.

No que se refere às propriedades psicométricas da versão original, a confiabilidade teste-reteste foi avaliada a partir do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) separadamente para cada dimensão e para cada domínio da dimensão. O valor de CCI para cada dimensão foi de moderado a alto (CCI 0,68-0,82). O CCI para frequência foi de 0,68 enquanto a reprodutibilidade foi melhor para a dimensão limitação como um todo ICC >0,80. (JETTE et al., 2002). Outra propriedade avaliada foi a validade preditiva e foi verificada correlação moderada a fraca da dimensão limitação com o instrumento “*400- Meter Self-Paced Walk*” – 400mW ($r = 0,44$, $p < 0,001$) e com o “*Short Physical Performance Battery*” – SPPB ($r = 0,37$, $p < 0,001$). Nenhuma correlação significativa foi apresentada entre o 400mW e o SPPB com a dimensão frequência ($r = 0,20$ e $r = 0,16$, respectivamente, $p > 0,04$). (SAYERS et al., 2004). Ou seja, o desempenho em tarefas que exijam menos funções motoras, como as contempladas no componente limitação são fracamente associadas a medidas baseadas em performance uma vez que são influenciadas pelos contextos ambientais e pessoais (JETTE et al., 2002; MELZER et al., 2007; SAYERS et al., 2004). Por fim, a consistência interna foi considerada de aceitável a excelente a partir do coeficiente alfa de Cronbach (alfa de Cronbach 63-.92) (McAULEY et al., 2005).

O instrumento foi adaptado transculturalmente para o português brasileiro (CARDOSO, 2013). A confiabilidade intraexaminador e interexaminador da versão brasileira foi testada em 45 idosos de Belo Horizonte. Em relação ao componente incapacidade, a confiabilidade intraexaminador avaliada a partir do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) foi de ICC=0,95 e 0,91 para as dimensões frequência e limitação respectivamente, e para confiabilidade interexaminador avaliada a partir do Coeficiente de Correlação de Concordância (CCC) foi de CCC= 0,92 e 0,87 para as dimensões frequência e limitação respectivamente, o que significa forte concordância intra e interexaminadores (CARDOSO, 2013).

3.3.3 Short-Form Health Survey (SF- 36)

Instrumento multidimensional de autorrelato desenvolvido com a finalidade de avaliar a qualidade de vida (CICONELLI et al., 1999); engloba avaliação do *status* funcional, do bem estar e uma avaliação global de saúde (BRAZIER et al., 1992). É um questionário de fácil administração e compreensão (CICONELLI et al., 1999) capaz de detectar condições positivas bem como negativas de saúde (BRAZIER et al., 1992), permitindo assim, a construção de um perfil de saúde de pessoas com diferentes diagnósticos, tratamentos e severidade de condições de saúde (LAGUARDIA et al.,2011).

O questionário contém 36 itens distribuídos em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), função social- aspecto social (2 itens), restrição no desempenho de

papéis devido questões físicas- aspecto físico (4 itens), restrição no desempenho de papéis devido questões emocionais- aspecto emocional (3 itens), saúde mental (5 itens), energia e vitalidade (4 itens), dor (2 itens), percepção do estado geral de saúde (5 itens) e um item de comparação entre a atual condição de saúde com a de um ano atrás (CICONELLI et al., 1999; JENKINSON, COULTER e WRIGHT, 1993; LAGUARDIA et al.,2011).Esses oito domínios podem ser agrupados em duas dimensões independentes: componente físico e componente mental (LAGUARDIA et al.,2011).

O escore alcançado para cada um dos oito domínios é agrupado e transformado pela equação: $\text{Item} = (\text{Valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100 / \text{Variação}$, e varia em uma escala de 0 (pior condição de saúde possível) até 100 (melhor condição de saúde possível) (BRAZIER, et al., 1992; CAMPOLINA, DINI e CICONELLI, 2011; CICONELLI et al., 1999; JENKINSON, COULTER e WRIGHT, 1993; LAGUARDIA et al.,2011). Pode-se ainda obter um escore normalizado em relação à população norte-americana para cada um dos domínios, com média de 50 e desvio padrão de 10, a partir do qual é possível calcular uma medida sumária para o componente físico e uma para o componente mental, avaliados pelo instrumento. (CAMPOLINA, DINI e CICONELLI, 2011).

Foram verificados bons índices de confiabilidade teste-reteste e de validade para a versão original do instrumento, que apresenta boa consistência interna com valores de α variando entre 0,80 a 0,90, exceto para o domínio de função social ($\alpha = 0,76$), o que pode ser compreendido devido ao baixo número de itens que o compõe (BRAZIER et al., 1992; JENKINSON, COULTER e WRIGHT, 1993).

O questionário foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro em 1999, utilizando-se uma amostra de 50 indivíduos brasileiros com artrite reumatoide com média de idade de 49 anos (CICONELLI et al., 1999). Para avaliação da reprodutibilidade teste-reteste e interobservador e para avaliação da validade da versão brasileira do SF-36 foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. A confiabilidade foi considerada estatisticamente significativa e satisfatória para os oito domínios, sendo que o aspecto emocional apresentou correlação inferior (0,4426) aos dos demais domínios para a confiabilidade intraexaminador e a maior correlação foi de 0,8468 no domínio estado geral de saúde (CICONELLI et al., 1999). Em relação à validade, a correlação entre os parâmetros clínicos e laboratoriais e os domínios do SF-36 obtidos pelo coeficiente de correlação de Pearson foram clinicamente satisfatórios e estatisticamente significativos quando se avaliou a correlação entre as variáveis avaliação global da atividade da doença pelo médico e pelo paciente e avaliação da dor e os domínios capacidade funcional, dor e estado geral da saúde, os valores que variaram entre -0,3625 e -0,5109. Verificou-se também, correlação estatisticamente significativa entre o domínio capacidade funcional e as variáveis número de articulações dolorosas e edemaciadas -0,3934 e -0,3742 respectivamente. Entretanto, não foi constatado coeficiente de correlação estatisticamente significativo ou clinicamente satisfatório entre os domínios aspectos físicos, aspectos emocionais e saúde mental e as variáveis clínico-laboratoriais utilizadas para avaliação dos pacientes (CICONELLI et al., 1999). Constatou-se, portanto, que a versão do SF-36 traduzida para o português apresenta boa precisão, confiabilidade e validade, sendo adequada e consistente internamente (LAGUARDIA et al., 2011) e os valores encontrados nas avaliações psicométricas, tornam o

instrumento útil para utilização com indivíduos acometidos por outros diagnósticos que não apenas artrite reumatoide (CICONELLI et al., 1999).

3.4 Procedimentos

Com o projeto já aprovado pelo COEP/UFMG foi realizada busca e seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Todos os participantes do BACE com 60 anos ou mais que atenderam aos critérios de inclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram avaliados no Tempo 1 a partir do protocolo de avaliação BACE completo que compreende uma avaliação ampla e multidimensional, melhor descrita abaixo. Posteriormente após outros dois contatos telefônicos (seis semanas e três meses) foram contatadas após seis meses da primeira avaliação, por telefone, para avaliação no Tempo 2. As avaliações foram realizadas por pesquisadores treinados que participavam periodicamente de reuniões para calibração da aplicação dos instrumentos.

Os participantes incluídos no estudo foram submetidos no Tempo 1 à avaliação composta pelo amplo protocolo do BACE que inclui questionário sóciodemográfico - com questões sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, cor ou raça, modalidade de serviço de saúde que utiliza prioritariamente e renda; questionário para caracterização e localização da dor lombar; questionário para descrição e avaliação do grau de satisfação com o tratamento (quando este estiver sendo realizado pelo

participante); avaliações padronizadas como a versão brasileira do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994), – para triagem cognitiva e detecção de déficits que pudessem impedir a continuação do participante no estudo, Escala Numérica da Dor (VON KORFF et al., 2000), Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) (BELLAMY, 2002)– para avaliação da dor lombar, Resposta da dor à atividade e posicionamento (PRAP), Short-Form Health Survey (SF-36)(WARE e SHERBOURNE, 1992), Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) (ROLAND e MORRIS, 1983), Status Funcional e Trabalho (*Health And Labour Questionnaire*) (HAKKAART e ESSINK-BOT, 2000), Kinesiophobia: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) (WADDELL et al., 1993), Catastrofização- Pain Catastrophizing Scale (SULLIVAN e BISHOP, 1995), Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SANGHA et al., 2003), Uso de álcool (AUDIT-C) (BUSH et al., 1998; TOWERS et al., 2011) e Tabagismo, Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) (BUYSSE et al., 1989), Back Beliefs Questionnaire (SYMONDS et al., 1996),Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (RADLOFF, 1977), Productivity and Disease Questionnaire(PRODISQ) (KOOPMANSCHAP, 2005), Physical Workload Questionnaire – Dutch Musculoskeletal Questionnaire (HILDEBRANDT et al., 2005), Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) (CARDOSO, 2013), Falls Efficacy Scale International-Brasil (FES-I) (CAMARGOS et al., 2010) e o Active Australia (AIHW,2008) ; e, uma avaliação física composta por testes funcionais como Teste de Lasegue (DEVILLE et al., 2000) o Timed Up and Go (TUG) (PODSIADLO e RICHARDSON, 1991) e Velocidade da marcha (VANSWEARINGER e BRACH, 2001) e outras medidas para caracterização da dor, sensibilidade e irradiação caso fosse o caso. Essa primeira

avaliação foi realizada pessoalmente e tinha a duração aproximada para aplicação de todo protocolo de duas horas e trinta minutos.

A avaliação do Tempo 2 é um recorte do protocolo completo do BACE composto pela caracterização da queixa, questionário para descrição e avaliação do grau de satisfação com o tratamento (quando este estiver sendo realizado pelo participante), e avaliações padronizadas como o WOMAC, SF-36, RMDQ, *Status Funcional* e de Trabalho (Health/ labour questionnaire), *Back beliefs questionnaire*, PRODISQ, Satisfação com o trabalho, LLFDI, FES-I e Active Australia – Atividade física. Essa avaliação foi realizada por telefone e tinha a duração aproximada de quarenta e cinco minutos.

Portanto, os procedimentos dessa pesquisa referiram-se ao processo de avaliação dos idosos nos Tempos 1 e 2, montagem do banco de dados, exploração do banco de dados e análise estatística dos dados nos dois momentos. Na etapa de trabalho estatístico das informações coletadas, foram obtidos e analisados os dados relacionados à capacidade funcional, ao estado geral de saúde e à intensidade da dor logo após um episódio agudo de DL, Tempo 1. Em seguida, foram analisados os dados das mesmas variáveis após seis meses, Tempo 2. Posteriormente, os dados foram trabalhados estatisticamente para verificação de modificações e associações ocorridas.

3.5 Análise estatística

Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas e de desfecho (intensidade da dor, funcionalidade e percepção do estado geral de saúde), a partir de medidas de frequência absoluta e relativa, de tendência central e variabilidade.

A partir da realização do teste Kolmogorov-Smirnov verificou-se ausência de distribuição normal e constatada a característica assimétrica de distribuição dos dados, as análises foram realizadas a partir da utilização de testes não-paramétricos.

Para análise, a END foi categorizada em três níveis (Tamcan et al.,2010): dor leve (0-3), dor moderada (4-6) e dor intensa (7-10). Essa categorização foi definida visando melhor caracterização dos idosos em níveis intermediários de dor. Em relação ao LLFDI, optou-se por trabalhar os escores de frequência e limitação, separadamente, uma vez que a correlação entre eles, apesar de significativa, foi fraca nos dois momentos, evidenciada pelo coeficiente de correlação de Spearman ($r_{inicial} = 0,35$ e $r_{final} = 0,47$ ($p < 0,001$)). Os escores de estado geral de saúde foram categorizados pelo menor quartil (melhor e pior percepção do estado geral de saúde), pois apresentaram uma distribuição assimétrica evidenciada pelo histograma.

A mudança nas frequências de idosos segundo os três níveis de dor e segundo os níveis de percepção do estado geral de saúde entre os dois momentos foi testada pelo Teste de Mc Nemar. As mudanças nos escores de frequência e limitação foram

avaliadas pelo teste Wilcoxon. Ambos os testes são destinados à comparação entre amostras dependentes.

Nos Tempos 1 e 2, foi avaliada a associação entre dor, incapacidade (frequência e limitação) e estado geral de saúde. A comparação dos escores de incapacidade (limitação e frequência) e de percepção geral de saúde segundo os níveis de intensidade da dor foi realizada pelo Teste Kruskal-Wallis e, em seguida, para comparação dois a dois, foi utilizado o teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni. A associação entre a intensidade da dor e a percepção sobre o estado geral de saúde foi avaliada pelo Teste Qui-quadrado com tendência linear. Foi adotado o nível de significância de 5% e utilizado o programa estatístico SPSS versão 17.0 (StatisticalPackage for the Social Sciences) instalado em ambiente Windows.

4 ARTIGO

Título: Funcionalidade e estado geral de saúde em idosos com dor lombar: um estudo longitudinal

Running title: Funcionalidade, saúde percebida e dor lombar

Autores: Juliana P V Ribeiro¹, Raquel C Ferreira², Marcella G Assis³

Afiliação:

1. Terapeuta Ocupacional, mestranda em Ciência da Reabilitação do Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
2. Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
3. Departamento de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor para correspondência:

Marcella Guimarães Assis

Endereço:

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha

Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

E-mail: mga@ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4790

RESUMO

Ojetivos: Avaliar a associação entre a intensidade da dor (ID) lombar, a capacidade funcional (CF) e a percepção do estado geral de saúde (PEGS) de pessoas idosas, e a mudança nessas respostas em seis meses. **Métodos:** A ID foi avaliada pela Escala Numérica de Dor, a CF pelo *Late-Life Function and Disability Instrument* e a PEGS pelo *Short-Form Health Survey* em 188 idosos com DL agudizada. Os dados foram submetidos às análises estatísticas: descritiva, Test t pareado para testar a hipótese da diferença das médias da dor ao longo do tempo, Teste de Mc Nemar para verificar a mudança nas frequências de idosos segundo os níveis de ID e da PEGS, Teste de Wilcoxon para testar as mudanças nos escores de frequência e limitação, os Testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para a comparação dos escores dos instrumentos entre as variáveis, por fim, a associação entre a ID e a PEGS foi avaliada pelo Teste Qui-quadrado com tendência linear. **Resultados:** Amostra com média de 68,4 anos e predominância feminina (89,4%). A ID apresentou redução da média e no percentual de indivíduos com dor intensa, porém 52,2% da amostra se manteve com a mesma ID, sendo, que, 40,4% com dor intensa. A CF e a PEGS não apresentaram alteração estatisticamente significativa. A CF e a PEGS se relacionaram de maneira inversa com ID, e a CF se relacionou de maneira direta com a PEGS. **Conclusões:** Os resultados apontaram que apesar de 40,4% de idosos com dor intensa, a PEGS e a CF se mantiveram no decorrer de seis meses. O conhecimento detalhado da associação destes desfechos poderá corroborar na intervenção com idosos com dor lombar agudizada.

Palavras chaves: idoso, dor lombar aguda, capacidade funcional, incapacidade, saúde percebida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between low back pain intensity (PI), functional performance (FP) and the perception of general health (PGH) in elderly and the change in these responses after six months. **Methods:** In 188 elderly patients with acute LBP, the PI was evaluated by the Numerical Pain Rating Scale, the FP by the Late-Life Function and Disability Instrument and the PGH by the Short-Form Health Survey. The data were subjected to statistical analysis: descriptive, Paired t Test to test the hypothesis of mean difference in pain over time, the McNemar Test to verify the change in the frequencies of the elderly according to the levels of PI and PGH, Wilcoxon Test to test the changes in scores for frequency and limitation, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney Tests to compare the scores of instruments between variables, finally, the association between the PI and the PGH was evaluated by Chi -square with linear trend. **Results:** There was a predominance of women in the study sample (89,4%), and their mean age was 68.4 years. there was a decrease in mean of PI and in the percentage of individuals with severe pain,

however 52.2% of the sample remained with the same ID, 40.4% with severe low back pain. FP and the PGH had no statistically significant change. The FP and the PGH were related inversely with PI and FP was related in a direct way with the PGH. **Conclusions:** The results showed that although 40.4% of elderly patients with severe pain, the PGH and FP remained during six months. Detailed knowledge of the association of these outcomes can corroborate intervention in elderly people with acute low back pain.

Key words: elderly, acute low back pain, functional performance, disability, perceived health.

INTRODUÇÃO

No Brasil a cada ano, aproximadamente 650 mil idosos são agregados à população¹. Os idosos representavam 7,4% da população em 2010 e estima-se que serão 22,71% em 2050^{2,3}. Belo Horizonte no ano 2000 apresentava contingente absoluto de 204.553 idosos (9,1% da população), já em 2010 esse número passou a 285.053 (12% da população)^{4,5}. A maior parte dessa população apresenta doenças crônicas e incapacidades¹.

Entre os diversos possíveis acometimentos à saúde dos idosos está a dor lombar (DL) que é uma condição frequente na população^{6,7}. A DL se refere à dor que ocorre na região compreendida entre a extremidade do processo espinhoso da 12^a vértebra torácica até a articulação sacrococcígea, que tenha como origem a coluna vertebral e não o membro inferior⁸. Pode ser causada por lesões em músculos, nervos, ossos ou mesmo órgãos abdominais, mas existem causas subjacentes e com frequência não se define uma razão específica para seu surgimento⁹.

A DL ocorre em cerca de 40% a 45% dos indivíduos com 65 a 85 anos¹⁰. Chou e colaboradores (2013) verificaram que idade mais avançada é um fator de risco significativo para DL¹¹.

A dor lombar pode ser classificada como aguda (DLA) quando tem duração inferior a três meses, o que ocorre em 90% dos casos, e crônica (DLC) quando sua duração ultrapassa esse período^{12,13}. Possui característica geralmente oscilatória, com recorrências e remissões e curso imprevisível o que torna a documentação de sua intensidade difícil, sendo que a intensidade da dor (ID) pode influenciar o grau de incapacidade por ela gerada¹³. A DL é mais prevalente nas mulheres, que têm maior tendência de reportá-la do que os homens^{9,11,14,15,16}.

A dor impacta de maneira diferenciada em cada indivíduo e pode gerar declínio da capacidade funcional (CF) que é definida como a capacidade de executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social e cultural⁵. Apesar do envelhecimento por si só não acarretar necessariamente doenças e incapacidades, os idosos estão mais vulneráveis às condições crônicas de saúde, estas por sua vez relacionam-se diretamente com maior chance de ocorrência de declínio funcional⁶.

A incapacidade é uma condição complexa e multifatorial. Em estudo realizado com adultos e idosos com DLC na cidade de São Paulo, constatou-se prevalência de incapacidade de 65%. Além disso, verificou-se que quanto maior a ID maior a prevalência de prejuízo funcional ($p < 0,001$)¹⁷. Scheele e colaboradores (2014) verificaram que os sujeitos com DLA da faixa etária igual ou superior a 75 anos

apresentam maior presença de incapacidades do que indivíduos com idade inferior¹⁸.

A percepção sobre o estado geral de saúde (PEGS) refere-se à interpretação pessoal que o sujeito faz de sua saúde e tem sido frequentemente utilizada para construção do perfil de saúde. A PEGS tem o potencial de sintetizar uma interação complexa de aspectos relacionados à saúde do idoso e tem valor preditivo para mortalidade¹⁹, e pode ser influenciada por variáveis sociodemográficas, como idade e sexo, funcionais e pela intensidade da dor^{19,20,21,22,23}.

Considerando a abordagem escassa da DLA em idosos na literatura, mesmo a prevalência dessa condição de saúde sendo alta e acarretando, como já descrito, incapacidades e prejuízo na qualidade de vida, o presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre a intensidade da dor lombar aguda, a capacidade funcional e a percepção do estado geral de saúde de pessoas idosas, e a mudança nessas respostas em um período de seis meses. Pretende-se ampliar a compreensão sobre qual a participação da DLA no perfil de saúde funcional dos idosos, o que se faz necessário para a condução mais apropriada da intervenção dos profissionais da saúde com essa população e traz esclarecimentos para a formulação de políticas públicas de promoção e prevenção de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional longitudinal realizado com idosos que apresentaram episódio de DLA, acompanhados pelo período de seis meses. Essa pesquisa integra o projeto multicêntrico *Back Complaints in the Elderly* (BACE), desenvolvido pela Austrália, Holanda e Brasil²⁴.

Amostra

Amostra não probabilística composta por 188 indivíduos de ambos os sexos com 60 anos ou mais, residentes na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana, que participaram da avaliação inicial (T1), até maio de 2013 e da avaliação no seguimento de seis meses (T2), até novembro de 2013. Os voluntários foram convidados a participar da pesquisa em diversos contextos, como serviços de saúde, busca ativa na comunidade e divulgação em rádio e televisão. Foram incluídos no estudo idosos que apresentaram novo episódio de DL há menos de seis semanas em T1, não procuraram profissional de saúde devido aos sintomas da DL nos últimos seis meses, exceto no período da crise atual²⁴. Foram excluídos idosos que apresentaram patologias graves e/ou prejuízo cognitivo detectado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) pelo referencial de Bertolucci^{24,25}.

Procedimentos

Os participantes foram avaliados, por pesquisadores treinados, em T1 a partir do protocolo de avaliação BACE e após seis meses (T2) foram contatados por telefone, para reavaliação. Os seguintes instrumentos foram utilizados para a coleta e análise de dados:

Escala Numérica de dor (END)

Instrumento que permite a mensuração quantitativa da ID a partir de uma escala ordinal de 11 pontos (0 a 10) em que o zero significa “nenhuma dor” e o dez significa “dor extrema”, os demais números representam valores intermediários de dor²⁶.

Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI)

Instrumento de autorrelato desenvolvido com a finalidade de avaliar idosos comunitários no que se refere à sua funcionalidade e incapacidade, pretende ainda detectar mudanças significativas de desempenho apresentada pelos indivíduos nesses desfechos²⁷.

Ele é composto pelos componentes incapacidade e função. Nesta pesquisa, apenas o componente incapacidade, nas suas dimensões frequência e limitação, foi utilizado. A dimensão frequência se refere à regularidade em que as AVD são realizadas. A dimensão limitação se refere à autopercepção do sujeito de suas dificuldades, considerando fatores pessoais e ambientais para realizá-las²⁸.

A dimensão frequência contém 16 itens que são avaliados em uma escala de cinco pontos, em que um significa que a tarefa nunca é realizada e cinco que a tarefa é realizada com muita frequência. Os demais valores representam frequências intermediárias de realização da atividade. A dimensão limitação inclui os mesmos 16 itens em uma escala de cinco pontos, em que um significa que o indivíduo é

completamente limitado em realizar aquela atividade e cinco que não tem limitação alguma. Os demais valores representam níveis intermediários de limitação²⁷.

O escore final é dado em uma escala de 0-100 para cada dimensão. Em relação à frequência, valores próximos de 100 indicam altos níveis de frequência de participação em atividades cotidianas, enquanto escores próximos de zero indicam baixos níveis. Na dimensão limitação, valores próximos de 100 indicam altos níveis de capacidade de participação em atividades cotidianas, enquanto valores próximos de zero indicam baixos níveis de participação. Não há dados disponíveis sobre o escore esperado por idade no LLFDI²⁷.

O instrumento foi adaptado transculturalmente para o português brasileiro em 2013²⁸.

Short-Form Health Survey (SF- 36)

Instrumento multidimensional de autorrelato desenvolvido com a finalidade de avaliar a qualidade de vida²⁹. É de fácil administração e compreensão²⁹ e permite a construção de um perfil de saúde de pessoas com diferentes diagnósticos, tratamentos e severidade de condições de saúde³⁰. O questionário contém 36 itens distribuídos em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), função social- aspecto social (2 itens), restrição no desempenho de papéis devido questões físicas- aspecto físico (4 itens), restrição no desempenho de papéis devido questões emocionais - aspecto emocional (3 itens), saúde mental (5 itens), energia e vitalidade (4 itens), dor (2 itens), percepção do estado geral de saúde (5 itens) e um

item de comparação entre a atual condição de saúde com a de um ano atrás^{29,30,31}. O escore é alcançado, para cada domínio separadamente, a partir da atribuição de valor para cada questão, valor que posteriormente é transformado e varia em uma escala de 0 (pior condição de saúde possível) até 100 (melhor condição de saúde possível)^{29,30,31,32,33}. Foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro em 1999²⁹. Não há ponto de corte.

Análise estatística

Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra a partir de medidas de frequência absoluta e relativa, de tendência central e variabilidade.

A partir da realização do teste Kolmogorov-Smirnov verificou-se ausência de distribuição normal e constatada a característica assimétrica de distribuição dos dados, as análises foram realizadas a partir da utilização de testes não-paramétricos.

Para análise, a END foi categorizada em três níveis: dor leve (0-3), dor moderada (4-6) e dor intensa (7-10). Essa categorização foi definida visando melhor caracterização dos idosos em níveis intermediários de dor. Em relação ao LLFDI, optou-se por trabalhar os escores de frequência e limitação, separadamente, uma vez que a correlação entre eles, apesar de significativa, foi fraca nos dois momentos, evidenciada pelo coeficiente de correlação de Spearman ($r_{inicial} = 0,35$ e $r_{final} = 0,47$ ($p < 0,001$)). Os escores de estado geral de saúde foram categorizados pelo menor

quartil (melhor e pior percepção do estado geral de saúde), pois apresentaram uma distribuição assimétrica evidenciada pelo histograma.

A mudança nas frequências de idosos segundo os três níveis de dor e segundo os níveis de percepção do estado geral de saúde entre os dois momentos foi testada pelo Teste de Mc Nemar. As mudanças nos escores de frequência e limitação foram avaliadas pelo teste Wilcoxon. Ambos os testes são destinados à comparação entre amostras dependentes.

Nos Tempos 1 e 2, foi avaliada a associação entre dor, incapacidade (frequência e limitação) e estado geral de saúde. A comparação dos escores de incapacidade (limitação e frequência) e de percepção geral de saúde segundo os níveis de intensidade da dor foi realizada pelo Teste Kruskal-Wallis e, em seguida, para comparação dois a dois, foi utilizado o teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni. A associação entre a intensidade da dor e a percepção sobre o estado geral de saúde foi avaliada pelo Teste Qui-quadrado com tendência linear. Foi adotado o nível de significância de 5% e utilizado o programa estatístico SPSS versão 17.0 (StatisticalPackage for the Social Sciences) instalado em ambiente Windows.

O estudo está de acordo com as normas internacionais para pesquisas com seres humanos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ETIC0100.0.203.000-11). Os participantes foram orientados quanto ao objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Os 188 idosos que participaram do estudo apresentaram média de idade de 68,4 anos (DP= 5,8 anos), sendo que 89,4% eram do sexo feminino, 42% eram casados e 39,4% possuíam de 1 a 4 anos de estudo (Tabela 1).

Em T1 a maioria dos participantes relatou dor intensa (65,4%) e após seis meses, houve diminuição desse percentual (51,6%) (Tabela 2). Quanto à PEGS, verificou-se que 78,2% permaneceram com a mesma avaliação em relação à própria saúde nos Tempos 1 e 2 (Tabela 2).

No que se refere à capacidade funcional, não houve alteração estatisticamente significativa dos escores de frequência e limitação entre os Tempos 1 e 2. Em ambos os tempos não houve diferença nos escores de frequência segundo os níveis de intensidade da dor. Em T2 os escores de limitação foram significativamente menores nos indivíduos que apresentaram dor intensa comparados àqueles que apresentaram dor leve (Tabela 3).

Os resultados referentes à associação da intensidade da dor com a percepção do estado geral de saúde apontaram associação estatisticamente significativa em T2 (Tabela 4).

Quanto a relação entre a capacidade funcional e a percepção do estado geral de saúde, os escores do domínio frequência não se modificaram nos dois tempos. No domínio limitação, os escores foram significativamente menores nos indivíduos que apresentaram pior percepção do estado geral de saúde nos dois tempos (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram que a frequência de idosos que avaliou sua dor como intensa reduziu seis meses após crise de agudização, porém, a capacidade funcional e a percepção do estado geral de saúde não apresentaram modificações estatisticamente significativas. A dor se associou à capacidade funcional de maneira inversa, ou seja, verificou-se pior capacidade funcional em idosos com dor intensa. Em relação à percepção do estado geral de saúde, a percepção positiva se associa a dor leve. A capacidade funcional apresentou relação direta com a percepção do estado geral de saúde, ou seja, pior capacidade funcional se associou a pior percepção de saúde.

As características sociodemográficas dos participantes, como predomínio de mulheres, indivíduos casados e com baixa escolaridade, também foram encontradas em outras pesquisas realizadas com a população idosa^{18,34} e estão em concordância com o perfil desta população no Brasil³⁵.

Em relação à intensidade da dor, houve redução na frequência de idosos que perceberam sua dor como intensa entre os T1 e T2. Essa redução pode ser justificada pelo fato de a maioria dos episódios de DL serem autolimitados, com porcentagem de 90% de recuperação em seis semanas, apesar de haver chance entre 40 a 80% de recorrência ou mesmo de cronicidade^{36,37,38}. A DL é uma condição com padrão imprevisível de exacerbação, remissão e recorrência^{38,39,40,41}. Em conformidade com essa assertiva, o estudo de Dunn e colaboradores (2013), reforça o comportamento oscilatório da DL, ao afirmar que grande parte dos indivíduos irão vivenciar momentos com e sem dor por longos períodos, sendo que evidências mostram que em adultos e idosos, experiências anteriores de DL apresenta-se como fator de risco para recorrência, o que inclusive dificulta para o sujeito diferenciar um novo episódio de episódio prévio⁴⁰. Axén e Leboeuf-Yde (2013) ressaltaram que a DL continua seu curso ao longo do tempo com muita pouca mudança, porém com diversas trajetórias possíveis³⁹.

Os resultados do presente estudo apontaram que a maior parcela da amostra se manteve com o mesmo nível da dor ao longo dos seis meses (52,2%), sendo que 40,4% permaneceu com dor intensa. Uma possível explicação para a grande porcentagem de indivíduos com dor intensa também em T2, pode ser a ocorrência de recidiva. O estudo de Suri e colaboradores (2011) realizado com adultos que apresentaram novo episódio de DL confirmou que muitos pacientes apresentam melhora na ID, mas não resolução completa e que exacerbações da dor ocorrem mesmo depois de ter havido melhora e que na maioria dos indivíduos ocorrem diversos episódios transitórios de piora da dor inclusive para níveis de alta intensidade¹³. Outra possível explicação é o fato da amostra desse estudo ser

predominantemente feminina, pois, sabe-se que as mulheres apresentam maior sensibilidade ao estímulo nocivo quando comparada aos homens^{14,42} e podem dessa forma, ter avaliado sua dor nos dois momentos, como intensa mesmo tendo experimentado melhora. Além disso, elas apresentam com mais frequência episódios de DL recorrente ou crônica e episódios de maior duração¹⁴, o que pode ter sido capturado pelas avaliações dos Tempos 1 e 2.

Nesse estudo a capacidade funcional se manteve ao longo de seis meses. Outro estudo que relacionou dor e CF apontou que grande parcela dos episódios de agudização de DL acarretam recuperações rápidas sem prejuízo funcional, e, mesmo que a dor permaneça por algum período, raramente tem impacto na função do sujeito³⁶.

Ao se levar o nível de ID em consideração, os resultados desse estudo demonstraram, em T2, valores significativamente menores de incapacidade nos idosos que apresentavam dor leve quando comparados àqueles com dor intensa, entretanto, essa diferença estatística não se manteve entre os indivíduos com dor moderada e intensa. Resultado que diferiu dos achados de Macedo e colaboradores (2014) que encontraram que a incapacidade, medida pelo Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ), foi significativamente menor para os indivíduos que pertenciam aos grupos de dor moderada e leve quando comparados aos do grupo de dor intensa³⁸. Uma metanálise realizada com intuito de esclarecer o curso da dor e da incapacidade em pacientes com DL aguda e persistente verificou que o curso da incapacidade é similar ao curso da dor nos indivíduos com dor aguda, entretanto,

para aqueles com dor persistente, o curso clínico da dor foi mais favorável do que o da incapacidade⁴³.

A associação entre dor e funcionalidade pode ter sido vista apenas em T2 devido a maior atenção do participante em relação ao próprio corpo e aos desfechos investigados a partir do início da pesquisa. Assim, os participantes podem ter percebido com mais clareza as dificuldades (limitações) na realização de suas AVD, porém, mantido a frequência de realização devido às demandas de seu cotidiano. Segundo Di Iorio e colaboradores (2007), um comprometimento funcional leve relacionado a DL pode ser mascarado pelo uso de reserva funcional e estratégias compensatórias¹⁵. Portanto, nesse estudo, a modificação da dor ao longo do tempo pode ter sido a responsável pelo surgimento dessa associação uma vez que a CF não se alterou.

Segundo os resultados desse estudo, não houve modificação na PEGS ao longo de seis meses. Ressalta-se que a maioria dos participantes (78,2%) permaneceu com avaliação positiva sobre a própria saúde. O predomínio de avaliação positiva foi encontrado em outros estudos com diferentes diagnósticos, entretanto nenhum estudo sobre DLA foi identificado^{19,44,45,46,47}.

No presente estudo, a percepção do estado geral de saúde foi dicotomizada entre melhor e pior percepção, sendo que o ponto de corte entre as categorias foi o menor quartil. Este grupo representa os idosos com maior número de questões com

respostas negativas. A predominância da avaliação positiva sobre a própria saúde bem como a ausência de mudança na percepção de saúde no presente estudo podem ser justificadas pelo fato de a PEGS ser diretamente influenciada por condições físicas e funcionais¹⁹, uma vez que o conceito de saúde, nessa faixa etária, reflete mais a condição de autonomia e independência do sujeito do que a presença ou ausência de doença^{19,45,48}. Além disso, essa percepção pode estar relacionada à comparação com outros indivíduos que supostamente estão em condições piores⁴⁸. A visão compartilhada pelos idosos é a princípio positiva e vinculada a ser capaz de exercer controle sobre condições estruturantes de seu contexto e se relacionar com outros significantes⁴⁵. Assim, os sujeitos da amostra, apesar da DL, se consideravam independentes e autônomos, e, portanto, avaliaram sua saúde positivamente.

Ao se levar a intensidade da dor em consideração, sua associação com a percepção do estado geral de saúde foi verificada apenas em T2. Esse resultado pode ser decorrente da modificação da dor ao longo do tempo ter sido a responsável pelo surgimento dessa associação uma vez que a PEGS não se alterou.

Outra ocorrência importante que merece ser destacada é a associação entre a percepção do estado geral de saúde e a capacidade funcional que ocorreu nos Tempos 1 e 2, entretanto, apenas com a dimensão limitação, que apresentou escores significativamente menores para os indivíduos que apresentaram pior percepção de saúde, enquanto a dimensão frequência não se associou à percepção de saúde em nenhum dos tempos. Essa tendência também foi verificada por outros

pesquisadores que afirmam que a incapacidade é a variável que mais interfere na percepção pessimista do estado geral de saúde, independentemente do sexo¹⁹ e que com a progressão do grau de dependência funcional, maior é a chance de o idoso autoperceber a sua saúde negativamente. Assim, a capacidade funcional passa a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde do idoso²³.

Apesar de melhoras clínicas relevantes na dor levarem a mudanças quase imperceptíveis na incapacidade e na qualidade de vida⁴⁹ é possível verificar que esses desfechos se relacionam e são importantes determinantes no perfil de saúde de idosos.

Entre as limitações desse estudo está o fato de a maioria da amostra frequentar serviços de saúde, o que pressupõe maior cuidado com a própria saúde e independência para gerenciar a própria vida. Além disso, a considerável perda amostral, em relação à amostra total do BACE, entre os Tempos 1 e 2 pode ter selecionado idosos mais independentes, com melhor preservação da capacidade funcional e da percepção positiva de saúde uma vez que foi verificada diferença estatística entre os idosos que iniciaram e os que permaneceram no estudo.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse estudo pôde-se conhecer o perfil de idosos com DL agudizada no que se refere ao comportamento da dor, da capacidade funcional e da

percepção do estado geral de saúde. Verificou-se que no decorrer de seis meses, a frequência de idosos com dor intensa reduziu, enquanto a capacidade funcional e a percepção do estado geral de saúde se mantiveram. Além disso, a intensidade da dor se relacionou de maneira inversa com a percepção do estado geral de saúde e com a capacidade funcional, o que só foi percebido após seis meses. Por fim, a percepção do estado geral de saúde e a capacidade funcional mantiveram relação direta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 43(3), p. 548-54. 2009.
2. IBGE. Evolução Demográfica 1950-2010- Abril/2012. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica**, 2012.
3. IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica**, 2008.
4. PBH. Atenção à saúde do idoso na APS. **Prefeitura de Belo Horizonte - GEAS/ Coordenação de atenção à saúde do idoso secretaria municipal de saúde**, 2011.
5. TANNURE, M.C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, 63(5), p. 817-22. 2010.
6. ALVES, L. C. et al. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 23(8), p. 1924-1930, Ago. 2007.
7. GALLAGHER R.M. Low back pain, health status, and quality of life in older adults: challenge and opportunity. **Pain Med**, 4(4), p. 305-307. 2003.

8. RATHMEL, J.P. A 50-year-old man with chronic low back pain. **JAMA**, 299(17), p. 2066-2077. 2009.
9. SHEMSHAKI , H. et al. What is the source of low back pain? **J Craniovertebr Junction Spine**, 4(1), p. 21–24, Jan-Jun. 2013.
10. TEIXEIRA, M. et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. **Rev Med (São Paulo)**, 80, n. 1-2, 2001.
11. CHOU, Y.C. et al. Low back pain associated with sociodemographic factors, lifestyle and osteoporosis: a population-based study. **J Rehabil Med**, 45, p. 76–80. 2013.
12. BALAGUÉ, F. et al. Clinical update: low back pain. **Lancet**, 369(9563), p. 726-728. 2007.
13. SURI, P. et al. Acute low back pain is marked by variability: An internet-based pilot study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, (12):220. 2011.
14. CHENOT, J.F. et al. Sex Differences in Presentation, Course, and Management of Low Back Pain in Primary Care. **Clin J Pain**. (24), p. 578–584. 2008.
15. DI IORIO, A. et al. From Chronic Low Back Pain to Disability, a Multifactorial Mediated Pathway: The InCHIANTI Study. **Spine (Phila Pa 1976)**, 32(26), Dec. 2007.
16. SCHNEIDER, S.; RANDOLL, D. E.; BUCHNER, M. Why Do Women Have Back Pain More Than Men? A Representative Prevalence Study in the Federal Republic of Germany. **Clin J Pain**, (22), p. 738–747. 2006.
17. SALVETTI, M.G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, 46(Esp), p. 16-23. 2012.
18. SCHEELE, J. et al. Characteristics of older patients with back pain in general practice: BACE cohort study. **Eur J Pain**, 18, p. 279–287. 2014.
19. SILVA, R.J.S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 15(1), p. 49-62. 2012.
20. SINGH et al. Determinants of Gender Differences in Self-Rated Health Among Older Population: Evidence From India. **SAGE Open**, 1 –12, Apr-Jun. 2013.

21. SILVA C.C.G. **Dor lombar crônica e qualidade de vida**. 2010. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Coimbra, 2010.
22. HICKS, G.E. et al. Associations of Back and Leg Pain With Health Status and Functional Capacity of Older Adults: Findings From the Retirement Community Back Pain Study. **Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)**, 59 (9), p. 1306–1313. 2008.
23. ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 17(5/6), p. 333–41. 2005.
24. SCHEELE, J. et al. Back Complaints in the Elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 12(193), p. 1-9. 2011.
25. BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, 52(1), p. 1-7. 1994.
26. ANDRADE, F.A.; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 14(2), p. 271-276. 2006.
27. JETTE, A.M. et al. Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. **J Gerontol A BiolSci Med Sci**, 57A(4), p. 209-216. 2002.
28. CARDOSO A. P. **Adaptação Transcultural e Análise da Confiabilidade da Versão Brasileira da Late Life Function And Disability Instrument (LLFDI) em uma amostra de idosos com alta escolaridade no município de Belo Horizonte**. 2013. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, 2013.
29. CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, 39, p. 143-50. 1999.
30. LAGUARDIA et al. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil 2008. **Health and Quality of Life Outcomes**, (9):61. 2011.
31. JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. **BMJ**, (306), p. 1437-40. 1993.
32. BRAZIER, J.E. et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. **BMJ**. (305), 160-4. 1992.

33. CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6), 2919-2925. 2011.
34. LOPES, M.J. et al. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan-fev. 2013.
35. IBGE. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais**. 2013.
36. MAJID, K e TRUUMEEES, E. Epidemiology and natural history of low back pain. **Semin Spine Surg.** (20), 87-92.2008.
37. GOLOB, A.L e WIPF, J.E. Low back pain. **Med Clin N Am.** (98), 405–428. 2014.
38. MACEDO, L.G. Nature and Determinants of the Course of Chronic Low Back Pain Over a 12-Month Period: A Cluster Analysis. **Physical Therapy.** (94)2, 210-22. 2014.
39. AXÉN, I. e LEBOEUF-YDE C. Trajectories of low back pain. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology.** 27, 601-612. 2013.
40. DUNN, K.M et al. Low back pain across the life course. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology.** 27, 591-600. 2013.
41. HOY, D et al. The epidemiology of low back pain. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology.** 24, 769-781. 2010.
42. WIESENFELD-HALLIN, Z. Sex Differences in Pain Perception. **Gender Medicine.** (2)3, 137-145. 2005.
43. COSTA, L. C. M. et al. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. **CMAJ.** 184(11), 613-624. 2012.
44. CARVALHO, F. F. et al. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Geriatrics & Gerontologia.** 5(4),189-95. 2011.
45. FONSECA, M. G. U. P. et al. Papel da autonomia na auto- avaliação da saúde do idoso. **Rev Saúde Pública.** 44(1),159-65. 2010.
46. CARDOSO, J.H. e COSTA, J.S.D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 15(6), 2871-2878. 2010.

47. CAETANO, S.C, IOZZI, R e CARNEIRO, A. Percepção do Estado de Saúde do Idoso na Cidade do Rio de Janeiro - 2006*. **Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu-MG – Brasil.** 2008.
48. SPOSITO, G. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. **Rev Bras Fisioter, São Carlos.** (14)1, 81-9. 2010.
49. KOVACS, F.M. Correlation Between Pain, Disability, and Quality of Life in Patients With Common Low Back Pain. **SPINE.** (29)2, 206–210. 2004.

TABELAS

Tabela 1. Características da amostra quanto ao estado civil e escolaridade de idosos com dor lombar, Belo Horizonte, MG, Brasil (n= 188)

Variáveis	%
Sexo	
Feminino	89,4%
Masculino	10,6%
Estado Civil	
Solteiro	19,7%
Casado	42%
Divorciado	9,6%
Viúvo	28,7%
Escolaridade	
Analfabeto	4,8%
Ensino Fundamental (1 ^a - 4 ^a série)	39,4%
Ensino Fundamental (5 ^a - 8 ^a série)	16%
Ensino médio	18,1%
Curso Técnico	5,9%
Superior	15,8%

Tabela 2. Intensidade da dor e percepção do estado geral de saúde nos tempos 1 e 2 em idosos com dor lombar, Belo Horizonte, MG, Brasil

		DOR (CRISE)*			
		Tempo 2			
		Leve	Moderada	Intensa	Total
Tempo 1	Leve	9 (4,8%)	7 (3,7%)	9 (4,8%)	25 (13,3%)

Moderada	15 (8%)	13 (7%)	12 (6,4%)	40 (21,3%)
Intensa	21(11,2%)	26 (13,8%)	76 (40,4%)	123 (65,4%)
Total	45 (23,9%)	46 (24,5%)	97 (51,6%)	188 (100%)

ESTADO GERAL DE SAÚDE****Tempo 2**

		Melhor percepção	Pior percepção	Total
Tempo 1	Melhor percep.	122 (64,9%)	24 (12,8%)	146 (77,7%)
	Pior percepção	17 (9,0%)	25 (13,3%)	42 (22,3%)
	Total	139 (73,9%)	49 (26,1%)	188 (100,0%)

□ Percentual de idosos que apresentaram **piora** na intensidade da dor e na percepção sobre o estado geral de saúde.

■ Percentual de idosos que apresentaram **melhora** na intensidade da dor e na percepção sobre o estado geral de saúde.

*p=0,05

**p= 0,349

Tabela 3. Comparação dos escores de incapacidade funcional (frequência e limitação) nos tempos 1 e 2 na amostra total e, em cada tempo, nos diferentes níveis de intensidade da dor em idosos com dor lombar, Belo Horizonte, MG, Brasil

Amostra total		Dor			Valor de p (Teste Kruskal-Wallis)
		Leve	Moderada	Intensa	
Incapacidade					
Frequência					
Tempo 1	48,83 (7,27)	49,48 (9,03) ^a	50,15 (7,40) ^a	48,83 (6,82) ^a	p=0,417
Tempo 2	48,19 (7,15)	49,14 (6,50) ^a	50,15 (8,99) ^a	47,56 (7,77) ^a	p=0,196
Valor de p (Wilcoxon)	0,398				
Limitação					
Tempo 1	63,36 (17,88)	70,21 (26,96) ^a	64,09 (17,6) ^a	63,00(17,03) ^a	p=0,097
Tempo 2	64,84 (16,75)	76,6 (20,44) ^a	66,43 (15,94) ^{ac}	64,09(15,63) ^{bc}	p=0,025
Valor de p (Wilcoxon)	0,399				

*Teste de Kruskal Wallis - Letras semelhantes na horizontal indicam que não há diferença estatisticamente significativa entre escores de frequência e limitação para os níveis de intensidade de dor, letras diferentes na horizontal indicam a ocorrência de diferença estatística significativa no nível de significância estabelecido.

Resultado do teste de Mann-Whitney no tempo 2 na comparação dois a dois para os escores de limitação – Leve versus Moderada $p=0,129$; Leve versus Intensa $p=0,007$; Moderada versus Intensa $p=0,305$. Ao nível de significância estabelecido pela Correção de Bonferroni ($p<0,016$).

Tabela 4. Associação entre a percepção do estado geral de saúde e a intensidade da dor nos tempos 1 e 2 em idosos com dor lombar, Belo Horizonte, MG, Brasil

Tempos	Dor			
PEGS				
Tempo 1	Leve	Moderada	Intensa	Valor de p
Melhor	19 (76,0%)	32 (80,0%)	95 (77,2%)	0,979*
Pior	6 (24,0%)	8 (20,0%)	28 (22,8%)	
Tempo 2				
Melhor	43 (95,6%)	34 (73,9%)	62 (63,9%)	p<0,001*
Pior	2 (4,4%)	12 (26,1%)	35 (36,1%)	

*Valor de p resultado do teste qui-quadrado de Pearson com tendência linear.

Tabela 5. Capacidade funcional e percepção do estado geral de saúde de idosos com dor lombar, Belo Horizonte, MG, Brasil

Percepção sobre o estado geral de saúde	Incapacidade	
Tempo 1	Frequência	Limitação
	Mediana (distância interquartílica)	Mediana (distância interquartílica)
Melhor percepção	48,83 (7,27)	65,23 (18,08)
Pior percepção	47,56 (6,14)	60,62 (11,91)
Valor de p*	$p=0,151$	p<0,01
Tempo 2	Frequência	Limitação
Melhor percepção	49,48 (8,02)	68,19 (16,28)
Pior percepção	46,31 (7,88)	56,19 (10,23)
Valor de p*	$p=0,206$	p<0,01

*Valor de p resultante do teste Mann-Whitney

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da participação dos idosos em números absolutos e relativos na população brasileira torna evidente a necessidade de atenção e pesquisas voltadas para compreensão do perfil de saúde desses sujeitos. A preocupação científica e clínica, antes voltadas para os processos saúde/doença, atualmente se direcionam para a investigação do domínio funcional uma vez que é a capacidade de se perceber e agir no cotidiano o que vem definindo a condição de saúde do idoso de maneira abrangente.

A dor lombar como um diagnóstico de alta prevalência merece destaque como um dos principais acometimentos à saúde da população idosa, com potencial para acarretar prejuízo na forma como esse indivíduo percebe sua saúde e em sua funcionalidade.

Os resultados do presente estudo apontaram que a DL agudizada melhorou seis meses após crise de agudização, porém, essa redução na dor não acarretou modificação estatisticamente significativa na percepção do idoso sobre o estado geral de saúde, que permaneceu sendo uma avaliação positiva, e nem em sua capacidade funcional, que manteve níveis semelhantes durante o período estudado. A dor se associou à capacidade funcional de maneira inversa, ou seja, verificou-se pior capacidade funcional em idosos com dor intensa. Em relação à percepção sobre o estado geral de saúde, a percepção positiva se associou a dor leve. A capacidade

funcional apresentou relação direta com a percepção do estado geral de saúde, ou seja, pior capacidade funcional se associou a pior percepção de saúde.

Por fim, os achados desse estudo contribuem para a construção de um perfil de saúde funcional dos idosos que apresentam crise de agudização de DL, o que possibilita o desenvolvimento de condutas mais apropriadas e ações de saúde mais bem embasadas cientificamente para essas populações, como também, direciona o desenvolvimento de novas pesquisas exclusivamente com esse público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIHW, 2008. The Active Australia Survey: a Guide and Manual for Implementation, Analysis and Reporting. Cat. no. CVD 22. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2008.

ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 17(5/6), p. 333-41. 2005.

ALVES, L. C. et al. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 23(8), p. 1924-1930, Ago. 2007.

ANDRADE, F.A.; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 14(2), p. 271-276. 2006.

AOTA. Occupational Therapy practice framework: domain & process 2nd edition. American Occupational Therapy Association, **Am J OccupTher**, 62(6), p. 625-683. 2008.

BALAGUÉ, F. et al. Clinical update: low back pain. **Lancet**, 369(9563), p. 726-728. 2007.

BELLAMY, N. *WOMAC Osteoarthritis Index User Guide. Version V.* Brisbane, Australia, 2002.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, 52(1), p. 1-7. 1994.

BRAZIER, J.E. et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. **BMJ**. (305), 160-4. 1992.

BRESSLER, H.B. et al. The prevalence of low back pain in the elderly – A systematic review of the literature. **Spine**. 24(17), 1813-1819. 1999.

BUSH, K. et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol use disorders identification test. **Arch Intern Med**, 158, p. 1789-1795. 1998.

BUYSSE, D.J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Journal of Psychiatric Research**, 28(2), p. 193-213. 1989.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, 19(3), p. 773-781. 2003.

CAMARGOS, F.F.O. et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL) **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, (14): 3, p. 237-43, maio/jun. 2010.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6), p. 2919-2925. 2011.

CARDOSO A. P. **Adaptação Transcultural e Análise da Confiabilidade da Versão Brasileira da Late Life Function And Disability Instrument (LLFDI) em uma amostra de idosos com alta escolaridade no município de Belo Horizonte**. 2013. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, 2013.

CHENOT, J.F. et al. Sex Differences in Presentation, Course, and Management of Low Back Pain in Primary Care. **Clin J Pain**. (24), p. 578–584. 2008.

CHOU, Y.C. et al. Low back pain associated with sociodemographic factors, lifestyle and osteoporosis: a population-based study. **J Rehabil Med**, 45, p. 76–80. 2013.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, 39, p. 143-50. 1999.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, 23(5), p. 1151-1160. 2007.

DELLAROZA, M.S.G. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idoso da comunidade. **Rev Assoc Med Bras**, 54(1), p. 36-41. 2008.

DELLAROZA, M.S.G. 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, Rio de Janeiro**, 29(2), p. 325-334, Fev. 2013.

DEVILLE, W.L. et al. The test of Lasegue: Systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. **Spine**, 25, p. 1140–1147. 2000.

DI IORIO, A. et al. From Chronic Low Back Pain to Disability, a Multifactorial Mediated Pathway: The InCHIANTI Study. **Spine (Phila Pa 1976)**, 32(26), Dec. 2007.

DIONNE, C.E., DUNN, K.M., CROFT, P.R. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. **Age ageing**, 35, p. 229-34, 2006.

FIEDLER M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 24(2), p. 409-415, Fev. 2008.

FILHO, E. Fisiologia do envelhecimento. In: ATHENEU Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento Em Visão Globalizada. São Paulo: 2002. 60- 70.

FORTES-BURGOS, A.C.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: reflexão e crítica**, 21(1), p. 74-82. 2007.

GALLAGHER R.M. Low back pain, health status, and quality of life in older adults: challenge and opportunity. **Pain Med**, 4(4), p. 305-307. 2003.

GAMA, E.V. et al. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. **Age and ageing**. (29), p. 267-270. 2000.

GHANEI, I. et al. The prevalence and severity of low back pain and associated symptoms in 3,009 old men. **Eur Spine J**. 2013.

GILKEY D.P. et al. Risk factors associated with back pain: a cross-sectional study of 963 college students. **J Manipulative Physiol Ther**, 33(2), p. 88-95. 2010.

HAKKAART-VAN ROIJEN, L.; ESSINK-BOT, M.L. Manual The Health and Labour Questionnaire. **Institute for Medical Technology Assessment**, Holanda, 2000.

HICKS, G.E. et al. Associations of Back and Leg Pain With Health Status and Functional Capacity of Older Adults: Findings From the Retirement Community Back Pain Study. **Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)**, 59 (9), p. 1306–1313. 2008.

HILDEBRANDT, V.H. et al. Dutch Musculoskeletal Questionnaire: description and basic qualities. **Ergonomics**, 44, p. 1038–55. 2001.

IBGE. Evolução Demográfica 1950-2010- Abril/2012. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica**, 2012.

IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica**, 2008.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. **BMJ**, (306), p. 1437-40. 1993.

JETTE, A.M. et al. Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. **J Gerontol A BiolSci Med Sci**, 57A(4), p. 209-216. 2002.

KOOPMANSCHAP, M.A. PRODISQ: a modular questionnaire on productivity and disease for economic evaluation studies. **Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res**, 5(1), p. 23-8, Feb. 2005.

LAGUARDIA et al. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO), Brazil 2008. **Health and Quality of Life Outcomes**, (9):61. 2011.

LAMBEEK, L.C. et al. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. **BMJ**, (340):1035. 2010.

LEVEILLE, S.G. et al. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. **Pain**, 116(3), p. 332-8, Aug. 2005.

McAULEY, E. et al. Measuring Disability and Function in Older Women: Psychometric Properties of the Late-life Function and Disability Instrument. **J. Gerontol.**, 60(7), p. 901- 909. 2005. FIZ APUD E NÃO TENHO ACESSO A ESSE ARTIGO

MELZER, I. et al. Relationship between self-reported function and disability and balance performance measures in the elderly. **JRRD**, 44(5), p. 685-692. 2007.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. IASP Task Force on Taxonomy, Classification of Chronic Pain, Second Edition, n. 209-214, 1994

NAGI, S. Z. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potencial: concepts, methods and procedures. **American Journal of Public Health and the Nation's Health**, 54, p. 1568-79. 1964.

OLIVEIRA, B.H.D.; CUPERTINO, A.P.F.B. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade – Estudo PENSA. **Textos Envelhecimento**, 8(2). 2005.

PBH. Atenção à saúde do idoso na APS. **Prefeitura de Belo Horizonte - GEAS/ Coordenação de atenção à saúde do idoso secretaria municipal de saúde**, 2011.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J Am Geriatr Soc**, 39, p. 142– 148. 1991.

RADLOFF, L.S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Appl Psychol Meas**, 1, p. 385–401. 1977.

RATHMEL, J.P. A 50-year-old man with chronic low back pain. **JAMA**, 299(17), p. 2066-2077. 2009.

REIS, L.A. et al.. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 11 (1), 2008.

RIBEIRO, P.C.C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em estudo**, 14(3), p. 501-509. 2009.

ROLAND, M.; MORRIS, R. A study of the natural history of back pain. Part I: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. **Spine**, 8, p.141–144. 1983.

SALVETTI, M.G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, 46(Esp), p. 16-23. 2012.

SANGHA, O. et al. The self-administered comorbidity questionnaire: A new method to assess comorbidity for clinical and health services research. **Arthritis Rheum**, 49, p. 156–163. 2003.

SAYERS et al. Validation of the Late-Life Function and Disability Instrument. **J Am Geriatr Soc.**, 52(9), Sep. 2004.

SCHEELE, J. et al. Back Complaints in the Elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 12(193), p. 1-9. 2011.

SCHEELE, J. et al. Characteristics of older patients with back pain in general practice: BACE cohort study. **Eur J Pain**, 18, p. 279–287. 2014.

SCHNEIDER, S.; RANDOLL, D. E.; BUCHNER, M. Why Do Women Have Back Pain More Than Men? A Representative Prevalence Study in the Federal Republic of Germany. **Clin J Pain**, (22), p. 738–747. 2006.

SHEMSHAKI , H. et al. What is the source of low back pain? **J Craniovertebr Junction Spine**, 4(1), p. 21–24, Jan-Jun. 2013.

SILVA, M.C.; FASSA, A.G.; VALLE, N.C.J. Dor lombar crônica: prevalência e determinantes. **Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro**, 20(2), p. 377-385, Mar-Abr. 2004.

SILVA C.C.G. **Dor lombar crônica e qualidade de vida**. 2010. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Coimbra, 2010.

SILVA, R.J.S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 15(1), p. 49-62. 2012.

SINGH et al. Determinants of Gender Differences in Self-Rated Health Among Older Population: Evidence From India. **SAGE Open**, 1 –12, Apr-Jun. 2013.

SULLIVAN, M.J.L.; BISHOP, S.R. The pain catastrophizing scale: Development and validation. **Psychol Assess**, 7, p. 524–532. 1995.

SURI, P. et al. Acute low back pain is marked by variability: An internet-based pilot study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, (12):220. 2011.

SYMONDS, T.L. et al. Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? **Occup Med (Lond)**, 46, p. 25–32. 1996.

TAMCAN, O. et al. The course of chronic and recurrent low back pain in the general population. **Pain**, 50, p.451-457. 2010.

TANNURE, M.C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, 63(5), p. 817-22. 2010.

TEIXEIRA, M. et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. **Rev Med (São Paulo)**, 80, n. 1-2, 2001.

TINETTI, M. E.Prevention of falls in elderly persons. **The New England Journal of Medicine**, 348, n. 1, p. 42-49, 2003

TOWERS, A. et al. Estimating older hazardous and binge drinking prevalence using AUDIT-C and AUDIT-3 thresholds specific to older adults. **Drug Alcohol Depend**, 117(2–3), p. 211–218. 2011.

VANSWEARINGER, J. M.; BRACH, J. S. Making geriatric assesment work: selecting useful measures. **Physical Therapy**, 81, p. 1233-1252. 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 43(3), p. 548-54. 2009.

VON KORFF, M.; JENSEN, M.; KAROLY, P. Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. **Spine**, 25, p. 3140– 3151. 2000.

WADDELL, G. et al. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. **Pain**, 52, p. 157–168. 1993.

WARE, J.E.; JR. SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, 30, p. 473–483. 1992.

WATERKEMPER R., REIBNITZ K.S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), 31(1), p. 84-91.2010.

ANEXOS

ANEXO I

Escala Numérica da Dor

A11. Indique abaixo, qual a intensidade da sua dor lombar **neste momento**?



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma Dor Lombar										Dor Lombar Extrema

A11.

A12 - Indique abaixo, qual a intensidade da sua dor lombar **na semana passada**?



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma Dor Lombar										Dor Lombar Extrema

A12.

ANEXO II**Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI)**

Disability component

INSTRUÇÕES PARA AS QUESTÕES SOBRE INCAPACIDADE:

Neste conjunto de questões, eu perguntarei a você sobre coisas do dia-a-dia que você faz nesse momento da sua vida. Há duas partes para cada questão.

Primeiro, eu perguntarei a você *Com que frequência* você faz uma determinada atividade.

Em seguida, eu lhe perguntarei *Até que ponto* você se sente limitado(a) em fazer esta atividade.

Explique cada questão e as opções de respostas subsequentes:

Para a primeira questão (*Com que frequência* você faz a atividade?), por favor, escolha uma entre as seguintes respostas:

Com muita frequência**Com frequência****De vez em quando****Quase nunca****Nunca**

[Mostre o Auxílio Visual para o entrevistado]

Para a segunda questão (*Até que ponto você se sente limitado(a) em fazer a atividade?*), por favor, escolha uma entre as seguintes respostas:

De jeito nenhum

Um pouco

Mais ou menos

Muito

Completamente

[Mostre o Auxílio Visual para o entrevistado]

Limitações são dificuldades que podemos ter para realizar uma atividade.

Por exemplo, você pode se sentir limitado(a) por causa de sua saúde, ou porque a atividade exige muita energia mental e física. Por favor, lembre-se de que você também pode se sentir limitado(a) por fatores externos a você. Seu ambiente pode restringi-lo(a) de fazer as atividades: por exemplo, questões relacionadas a transporte, acessibilidade e circunstâncias sociais e econômicas podem limitá-lo(a) de fazer coisas que você gostaria de fazer. Pense em todos esses fatores quando responder a esta parte.

Para cada questão, por favor, selecione a resposta que mais se aproximar da forma como você vem se sentindo.

Vamos começar...

Questões sobre Incapacidade

	Com que frequência você...?					Até que ponto você se sente limitado(a) em...?				
	Com muita frequência	Com frequência	De vez em quando	Quase nunca	Nunca	De jeito nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
D1. Mantém (manter) contato com outros por meio de cartas, telefone ou e-mail.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D2. Visita (visitar) amigos e familiares em suas casas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D3. Cuida (cuidar) ou dá assistência a outros. Isso pode incluir ajudar membros da família ou amigos em cuidados pessoais, transporte e afazeres fora de casa.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D4. Cuida (cuidar) do interior da sua casa. Isso inclui administrar e se responsabilizar pela arrumação da casa, lavar as roupas, limpeza da casa e pequenos reparos domésticos.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D5. Trabalha (trabalhar) em serviço voluntária fora de casa.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D6. Participa (participar) de recreação ativa. Isso pode incluir	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

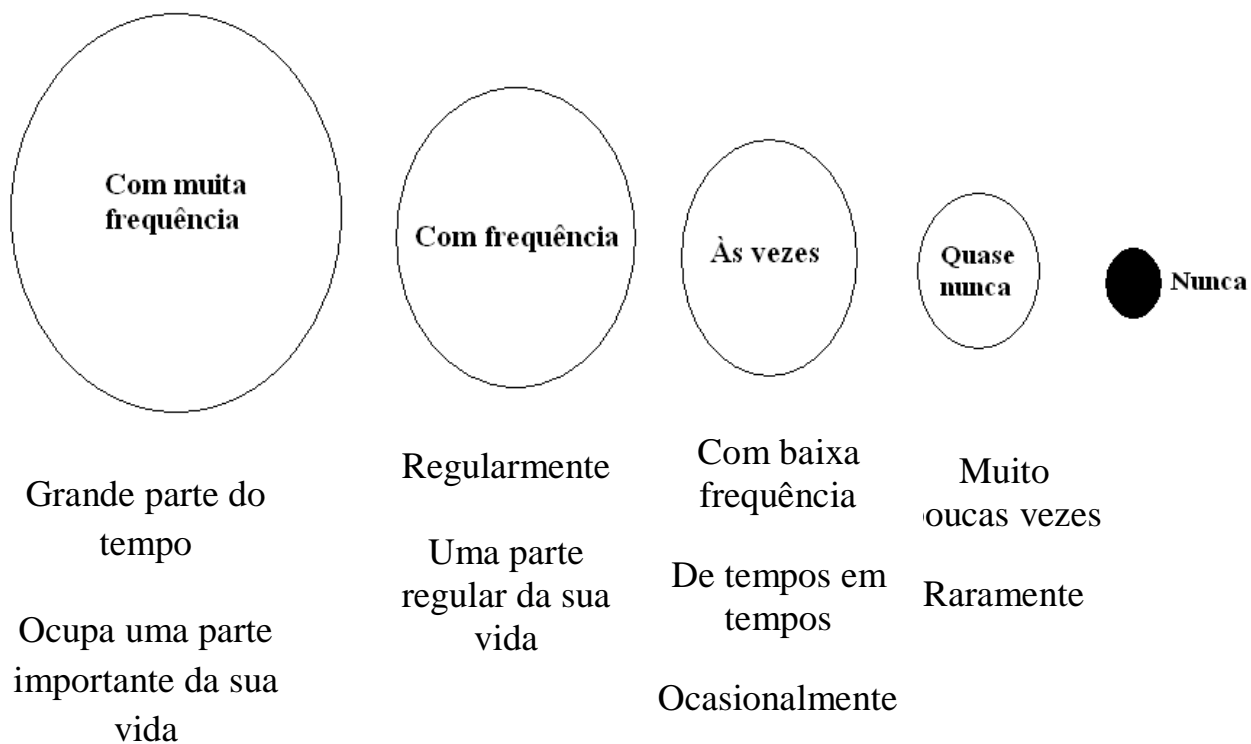
caminhar, correr, nadar, jogar boliche, golfe, tênis.										
D7. Cuida (cuidar) dos negócios e finanças da casa. Isso pode incluir administrar e se responsabilizar pelo seu dinheiro, pagar as contas, lidar com proprietário ou inquilinos, lidar com empresas de serviços ou agências governamentais.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D8. Cuida (cuidar) da própria saúde. Isso pode incluir administrar medicações diárias, seguir uma dieta especial, agendar consultas médicas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Questões sobre Incapacidade, continuação

	Com que frequência você...?					Até que ponto você se sente limitado(a) em...?				
	Com muita frequência	Com frequência	De vez em quando	Quase nunca	Nunca	De jeito nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
D9. Viaja (viajar) para outra cidade e passa ao menos uma noite fora.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D10. Participa (participar) parte de um programa regular de atividades físicas. Isso pode incluir caminhada, bicicleta ergométrica, musculação, ou aulas de ginástica.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D11. Convida (convidar) pessoas para sua casa para uma refeição ou distrair.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D12. Sai (sair) com outras pessoas para locais públicos	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

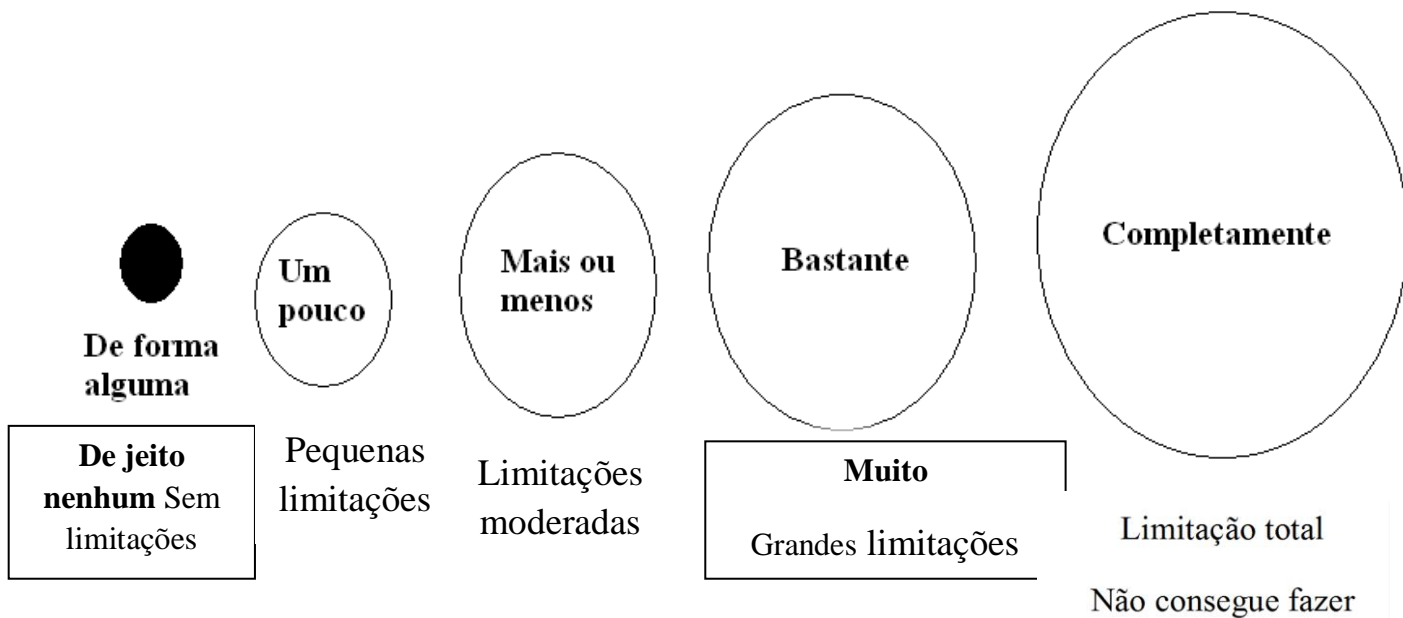
como restaurantes ou cinemas.										
D13. Cuida (cuidar) de suas necessidades de cuidados pessoais. Isso inclui tomar banho, vestir-se e higiene pessoal.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D14. Participa (participar) parte de atividades sociais organizadas. Isso pode incluir agremiações, jogos de cartas, eventos de grupos de terceira idade, grupos religiosos ou comunitários.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D15. Realiza (realizar) afazeres nas proximidades de sua casa. Isso pode incluir se responsabilizar e lidar com a compra de comida, itens pessoais e ir ao	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

banco, biblioteca ou lavanderia.										
D16. Prepara (preparar) as próprias refeições. Isso inclui planejar, cozinhar, servir e limpar.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

AUXÍLIO VISUAL DE INCAPACIDADE #1**Com que frequência você...?**

AUXÍLIO VISUAL DE INCAPACIDADE #2

Até que ponto você se sente limitado em...?



Exemplos de fatores limitantes que podem limitá-lo:

- Energia mental ou física
- Muito esforço
- Circunstâncias sociais e econômicas
- Problemas de transporte
- Questões de acessibilidade

ANEXO III

Short-Form Health Survey- (SF-36)

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

ESCORE: _____

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

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito Ruim.....5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

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

Atividades	Sim.	Sim.	Não.
	Dificulta muito.	Dificulta pouco.	Não dificulta de modo algum.

A) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
B) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
D) Subir vários lances de escada.	1	2	3
E) Subir um lance de escadas.	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km.	1	2	3
H) Andar vários quarteirões.	1	2	3
I) Andar um quarteirão.	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex:necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2

C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2
--	---	---

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Grave.....5
- Muito grave.....6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(circule um número em cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força.?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)?

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
 A maior parte do tempo.....2
 Alguma parte do tempo.....3
 Uma pequena parte do tempo.....4
 Nenhuma parte do tempo.....5

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5