

# *Revista da Graduação*

---

Vol. 4

No. 2

2011

9

---

**Seção: FACULDADE DE ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO E FISIOTERAPIA**

Título: Depressão e mobilidade em idosos com  
dor crônica, institucionalizados e não-  
institucionalizados

Autor: Amanda Rodrigues dos Santos, Bruna de Moraes  
Lopes, Marta Lorenzini, Thais de Lima Resende

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/10040/7081>

**Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica,  
institucionalizados e não-institucionalizados**  
**Depression and mobility in elderly with chronic pain,  
institutionalized and non-institutionalized**

Amanda Rodrigues dos Santos<sup>1</sup>

Bruna de Moraes Lopes<sup>1</sup>

Marta Lorenzini<sup>2</sup>

Thais de Lima Resende<sup>3</sup>

1 – Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

2 – Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia. Professor do curso de Fisioterapia (PUCRS).

3 – Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor titular do curso de Fisioterapia (PUCRS).

Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUCRS

Bruna de Moraes Lopes

Rua Dom Diogo de Souza 460/602 – Porto Alegre/ RS – CEP: 91350000

Telefone: 33472708/ 93276096

blopes.fisio@gmail.com

Nº de palavras: 3654

Nº de tabelas: 3

## RESUMO

**Introdução:** Diferentes estudos mostram uma relação entre a dor e o envelhecimento, a qual é associada com uma maior prevalência de doenças crônicas e psiquiátricas, sendo a depressão a mais comum. Com o aumento da população idosa e da expectativa de vida faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre como a dor e a depressão afetam os idosos.

**Objetivo:** Em idosos institucionalizados e não-institucionalizados, determinar a presença de dor e depressão, analisar a relação entre dor crônica, mobilidade e depressão e comparar os grupos de idosos em termos da presença desses desfechos.

**Materiais e Métodos:** A amostra foi composta por 259 indivíduos com dor crônica, sendo 222 residentes na comunidade (COM;  $71,8 \pm 7,4$  anos), e 37 idosos institucionalizados (INST;  $78,1 \pm 7,1$  anos). Os participantes preencheram a Escala Análogo Visual de Dor (EAV), o Questionário de Depressão Geriátrica e realizaram o teste "Timed Up and Go" (TUG).

**Resultados:** O sexo feminino predominou em ambos os grupos (COM = 77,9%; INST = 86,5%). O grupo institucionalizado apresentou maior escore na EAV (COM =  $4,8 \pm 2,7$  ; INST  $5,1 \pm 3,0$ ) e tempos maiores no TUG (COM =  $13,3 \pm 5,7$  s; INST =  $27,1 \pm 18,7$  s). A relação entre TUG e EAV mostrou-se independente, exceto para aqueles sem depressão, para quem uma forte relação negativa foi encontrada ( $r = -0,900$ ;  $p = 0,047$ ).

**Conclusões:** Idosos institucionalizados apresentaram mais dor e menor mobilidade do que os residentes da comunidade. É necessário o aprofundamento do assunto, visando às diferenças entre cada grupo, para assim reduzir o impacto provocado pela dor crônica.

**Palavras Chaves:** idoso; dor; locomoção; depressão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Different studies show a connection between pain and aging that is associated with higher prevalence of chronic and psychiatric diseases, depression being the most common. Due to the increasing elderly population and life expectancy it is necessary to expand the knowledge on how pain and depression affect the elderly.

**Objectives:** In institutionalized and non-institutionalized elderly to determine the presence of chronic pain and depression, to analyze the relation between chronic pain, mobility and depression and to compare the elderly groups in terms of the presence of those outcomes.

**Materials and Methods:** The sample was composed by 259 individuals with chronic pain, 222 who lived in the community (COM;  $71,8 \pm 7,4$  years) and 37 institutionalized elderly (INST;  $78,1 \pm 7,1$  years). The participants filled in a Visual Analogue Pain Scale (VAS), the Geriatric Depression Questionnaire and undertook the Timed Up and Go test (TUG).

**Results:** Female gender predominates on both groups (COM= 77,9%; INST= 86,5%). The institutionalized group presented higher scores on VAS (COM=  $4,9 \pm 2,7 \pm 7,0$  cm; INST=  $5,3 \pm 2,3 \pm 7,7$  cm) and higher walking speed on TUG (COM=  $13,3 \pm 5,7$  s; INST=  $27,1 \pm 18,7$  s). The relation between TUG and VAS proved to be independent, except for those without depression, for whom a strong, negative relationship was found ( $-r= 0,900$ ;  $p= 0,047$ ).

**Conclusion:** Institutionalized elderly reported more pain and higher difficulty on locomotion than the ones living in the community. More knowledge is needed on this subject, pointing the differences between each group, to minimize the impact concerning chronic pain.

**Key Words:** elderly; pain; locomotion; depression.

## INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o Estudo da Dor a define como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um real - ou possível - dano tecidual (1). Assim, somente nocicepção, apresentada através de estímulos nos nociceptores ou estímulos nocivos em vias nociceptivas, não é considerada dor, uma vez que ela é uma experiência multimodal, incluindo fatores físicos, sensoriais, emocionais e cognitivos (2).

A dor crônica, por sua vez, é definida como uma dor que persiste por mais do que um a três meses ou por tempo superior ao típico de uma recuperação após uma lesão, podendo persistir mesmo após a resolução de seu causador. Essa dor pode ser considerada uma sensação que surge do próprio sistema nervoso, e não de uma fonte externa (2).

Estudos mostram que existem fatores fortemente associados com a dor como idade, sexo, escolaridade, estado de saúde, capacidade funcional, estatuto profissional, ingestão semanal de álcool, fumo, traumas na infância, história familiar de dor crônica, humor deprimido, problemas emocionais, reumatismo, artrite, osteoporose, doenças cardíacas e doenças respiratórias (3, 4).

No Brasil, a dor é a razão pela qual 75-80% da população procura o Sistema Único de Saúde, e a dor crônica, que acomete 30-40% da população brasileira, é a principal causa de faltas ao trabalho, baixa produtividade, licenças médicas, aposentadorias por doença e indenizações trabalhistas (5).

Em relação à dor no idoso, diferentes estudos mostram uma possível relação entre a presença dela e o envelhecimento. Para uma melhor compreensão dessa ligação é necessário levar em consideração que nos últimos anos o número de idosos têm aumentado em escala mundial, levando a uma modificação na estrutura da população, que por sua vez afeta os padrões das doenças e provoca um aumento da demanda dos sistemas de saúde (6).

Algumas características do envelhecimento humano podem acarretar limitações físicas para o indivíduo, através de modificações no funcionamento dos diversos sistemas corporais (7). No entanto, a dor crônica em indivíduos idosos não deve ser vista apenas como um problema físico, mas como algo que atinge também outras esferas relacionadas ao seu bem-estar, como redução na socialização, quedas, reabilitação lenta, disfunção cognitiva, desnutrição, distúrbios do sono, dificuldade para deambular, aumento do uso dos sistemas de saúde, aumentos nos gastos com saúde e uso de diversos medicamentos (8, 9, 10).

Embora a depressão não seja um fator de risco independente para o desenvolvimento da dor, estudos mostram que indivíduos com depressão apresentam mais queixas, maior intensidade e maior duração da dor, bem como chances menores de recuperação (3, 9).

Algumas características relacionadas à depressão são idade avançada, sexo feminino, condições de saúde, declínio do estado funcional, doenças crônicas, prejuízo cognitivo e condições sociais precárias (11). Na velhice, os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão são doenças físicas e incapacidades, déficits cognitivos, declínio na condição funcional, nível educacional baixo, perda dos contatos sociais, pouco apoio social, institucionalização, eventos negativos na vida e uso de antidepressivos (12).

Algumas doenças possuem relação direta com a depressão nos idosos, sendo as principais aquelas que oferecem maior risco de morbidades e de mortalidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, a negligência no autocuidado, a adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e maior risco de suicídio (13).

A dor e a depressão possuem fatores de risco, sinais e sintomas similares, porém apenas a dor não é condição suficiente para o desenvolvimento de depressão desenvolver a depressão; é necessária também a percepção do impacto causado pela dor e a habilidade de controlar a própria vida (8).

Há uma importante associação entre saúde física e depressão na velhice, sendo que o desempenho em atividades físicas é um pré-requisito para independência, qualidade de vida e aumento da expectativa de vida (13). Um estudo de Ekstrom et al mostrou que a limitação física pode causar restrições na vida cotidiana, com aumento da dependência e da necessidade de auxílio no cuidado pessoal e no trabalho doméstico, o que em longo prazo pode levar a um maior risco de institucionalização. Essas limitações funcionais são fortemente associadas à depressão.

Dificuldade na mobilidade é a incapacidade mais comum em idosos, sendo a dor um fator importante para essa condição, uma vez que limita a mobilidade do indivíduo independente do diagnóstico apresentado por ele mesmo (15). A verificação da mobilidade física é, portanto, um componente essencial na avaliação geriátrica.

Existem alguns obstáculos na detecção da dor no indivíduo idoso, podendo ser devido a questões sociais, emocionais, cognitivas ou subjetivas. Isso se deve à relutância do idoso em relatar a dor, uma vez que acredita que se trata de um componente do processo de envelhecimento, ou que a investigação dessa dor pode identificar problemas e doenças, implicando tratamentos ou gastos além do esperado (16, 17). É de extrema

importância, todavia, que uma avaliação da dor através de meios quantitativos seja realizada, para que assim possamos mensurar com maior precisão o impacto de diversos fatores na qualidade de vida dos idosos.

O processo de envelhecimento é algo que preocupa a humanidade há muitas décadas, porém a questão atual é a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos durante esse processo. Dessa forma, o desafio que agora se propõe aos indivíduos e à sociedade é almejar uma sobrevida maior, com qualidade de vida cada vez melhor para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade (18). É necessário, portanto, aprofundarmos nossos conhecimentos sobre como a dor afeta o cotidiano e as experiências dos indivíduos, para que assim o envelhecimento ocorra com dignidade, qualidade e condições de saúde adequadas.

De acordo com o relatado previamente, o presente estudo propôs-se avaliar a dor, a depressão e a mobilidade em indivíduos idosos institucionalizados e não-institucionalizados, bem como analisar as relações entre esses desfechos comparando os idosos de acordo com o local de residência.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O estudo conduzido foi do tipo observacional, analítico, transversal e prospectivo. A amostra foi composta por 259 idosos com dor crônica oriundos dos seguintes locais: Ambulatório do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG), Centro de Reabilitação (CR) do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), e duas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), a Sociedade Porto Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN) e a Sociedade Espírita Maria de Nazaré (SEMN). Os dados foram coletados durante o período de Julho 2010 a Abril de 2011.

Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (conforme o Estatuto do Idoso Lei N<sup>o</sup> 8.123, de 24 de Julho de 1991) que procuraram os serviços de atendimento ambulatorial devido à dor crônica (dor há mais de três meses) e idosos institucionalizados (com dor crônica). Todos os idosos convidados participaram da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não participaram da pesquisa os indivíduos que apresentaram: Impedimentos funcionais decorrentes de amputações de membros superiores e/ou inferiores; obesidade mórbida; pneumopatias severas; cardiopatias severas; doenças neurológicas; doenças oncológicas e pacientes em unidade de internação.

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS (1299/08-CEP). Inicialmente, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a confidencialidade dos dados coletados. Além disso, foi esclarecido ao entrevistado que ele poderia retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, bem como que os resultados obtidos seriam utilizados para fins científicos.

Os participantes foram entrevistados e preencheram uma ficha com os dados de identificação, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala Análogo Visual da Dor. Logo após as entrevistas realizaram o teste “Timed up and Go”.

A Escala Análogo Visual é composta por uma linha reta de dez centímetros de comprimento, não numerada, com indicações de “sem dor” e “pior dor imaginável” nas extremidades. Nela os participantes devem assinalar a intensidade da sua dor no momento da entrevista (8, 19, 20, 21). Os valores referidos na escala são de dor leve, variando de zero a três; dor moderada, de quatro a seis; e dor intensa, de sete a dez. (5)

A Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento usado para sugerir depressão. Ele consiste em 15 questões, referentes ao estado emocional do indivíduo, com alternativas de resposta sim e não, em que escores inferiores a 5 são considerados normais, de 5 a 10 indicam depressão leve a moderada, e acima de 10 indicam depressão grave (18).

O Teste do “Timed Up and Go” pode ser utilizado para avaliar a mobilidade de idosos, e consiste na mensuração do tempo que um indivíduo despense para se levantar de uma cadeira, andar três metros e retornar caminhando até a cadeira, sentando-se com os braços apoiados. A cadeira utilizada no teste apresentava apoio para braços e uma altura aproximada do assento de 46 cm. O indivíduo, durante a caminhada, usava o seu próprio calçado e, caso necessário, o seu aparelho de assistência (bengala ou andador). Para iniciar o teste, o indivíduo permanecia sentado, com as costas apoiadas no encosto da cadeira, os membros superiores repousados nos braços da mesma e, caso fosse dependente de um aparelho de assistência, deveria mantê-lo à mão. Inicialmente, o teste era demonstrado pelo avaliador e o indivíduo era orientado a levantar-se, quando ouvisse a palavra “já”, e caminhar na sua velocidade usual até a marca traçada no chão, virar-se, voltar até a cadeira, e sentar-se. Cada participante realizou duas tentativas, sendo a primeira delas um teste, por meio do qual o indivíduo se familiarizou com o percurso, e a segunda tentativa, que teve seus dados coletados e cronometrados para a pesquisa (22 e 23).

Os dados foram analisados pelo software *SPSS 17.0 (Statistical Package to Social Sciences for Windows)*. Realizou-se inicialmente uma análise descritiva, com a distribuição de freqüências simples e relativa, bem como as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartílica). As variáveis contínuas tiveram suas distribuições investigadas através do teste de Kolmogorov Smirnov. Ainda na análise univariada, na comparação entre proporções, foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson. Sobre a análise bivariada, na comparação das variáveis contínuas, foram utilizados os testes t-Student para grupos independentes e de Mann Whitney. Quando a comparação ocorreu entre variáveis categóricas, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. A relação de linearidade foi investigada pelos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas a distribuição absoluta e relativa da amostra referente a sexo, escolaridade, estado civil e depressão, e medidas de tendência central e de variabilidade para a idade, EAV e TUG.

A amostra estudada de 259 idosos foi composta por 37 em ILPIs (14,4%) e 222 residentes na comunidade (85,7%), proporção essa que se mostrou significativamente mais elevada ( $p < 0,001$ ). A idade dos participantes variou entre 60 e 100 anos, sendo que os idosos institucionalizados ( $78,1 \pm 7,4$ ) apresentaram idade significativamente mais elevada do que os da comunidade ( $71,8 \pm 7,4$ ).

O sexo feminino predominou em ambos os grupos, sendo de 77,9% ( $n=173$ ) na comunidade, e de 86,5% ( $n = 32$ ) nas ILPIs. Os indivíduos da comunidade mostraram-se associados a níveis educacionais iguais ou superiores ao segundo grau completo, enquanto nos idosos institucionalizados a associação ocorreu com os níveis de primeiro grau completo e incompleto, o que mostra uma diferença significativa ( $p < 0,01$ ) entre os grupos. Em relação ao estado civil, na comunidade estavam presentes, em sua maioria, os idosos casados, e nas ILPIs os solteiros, viúvos e separados ( $p < 0,001$ ).

Na análise da EAV, verificou-se que o grupo das ILPIs (Mediana: 5,3) apresentou escores significativamente ( $p < 0,001$ ) mais elevados do que o grupo da comunidade (Mediana: 4,9).

No que diz respeito ao teste TUG, observou-se que o tempo médio dos idosos das ILPIs foi 22 segundos, e 11,7 segundos para os da comunidade, o que mostra uma diferença de tempo significativa ( $p < 0,001$ ).

Na tabela 2 são apresentadas a presença e classificação da depressão por grupo. Não foi detectada associação significativa ( $p > 0,05$ ) entre os dois grupos, indicando que a depressão independe de os idosos serem da comunidade ou da instituição.

Quando, para o total da amostra, foram investigadas as relações entre a mobilidade funcional (TUG), o escore da dor e fatores tais como sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil e presença de sintomas depressivos, foi detectada correlação significativa negativa de grau forte ( $r = -0,900$ ;  $p < 0,05$ ), segundo a qual os idosos com TUG elevado se mostraram correlacionados a escores de dor baixos. Nenhuma outra correlação significativa foi encontrada entre os demais fatores, indicando que TUG e EAV se mostraram independentes neste estudo.

A tabela 3 apresenta mediana para o TUG estratificado pela depressão segundo o total da amostra e por grupo. A tabela não apresenta a mediana do grupo instituição, para o TUG estratificado pela depressão, pois não havia dados suficientes para comparação uma vez que apenas um idoso institucionalizado não apresentava sintomas depressivos.

Na comparação relativa ao TUG e à depressão entre os locais de residência, não foi detectada diferença estatística significativa ( $p > 0,05$ ), indicando que, para essa amostra, não existe relação entre mobilidade e sintomas depressivos.

## **DISCUSSÃO**

Através dos resultados do presente estudo, pode ser observado que os indivíduos institucionalizados apresentaram idade mais elevada, o que, provavelmente, deve-se ao fato de que quanto mais idoso for o indivíduo, provavelmente menos condições terá para viver na comunidade devido a possíveis necessidades de saúde, dificuldade física e, muitas vezes, cognitiva. Este dado também está de acordo com a presença de mais indivíduos viúvos, solteiros ou separados encontrados nas ILPIs, uma vez que idosos que se encontram sem apoio social ou cuidados tendem a recorrer à institucionalização (24).

Os idosos da comunidade apresentaram grau de escolaridade mais elevado do que os idosos institucionalizados. Acredita-se que esse achado possa estar relacionados com o fato dos idosos residentes nas ILPIs pesquisadas também apresentaram um nível socioeconômico mais baixo, visto que esses dois fatores, em geral, estão relacionados a

um estado de saúde debilitado e à propensão para o desenvolvimento de sintomas depressivos (13).

O grupo composto por indivíduos das ILPIs apresentou escores de dor mais elevados do que os do grupo da comunidade. Esses resultados estão de acordo com os achados de outros estudos (3, 9, 16, 25), que também encontraram maiores escores de dor em idosos institucionalizados. Carmaciu et al. (3) sugerem em seu estudo uma explicação para esse fenômeno, relatando que, com a institucionalização, o indivíduo diminui sua rede social, tem poucos amigos próximos e distancia-se dos familiares, o que leva a níveis mais altos de dor persistente ou recorrente.

A mobilidade apresentou-se menor nos idosos institucionalizados do que os idosos da comunidade, e essa diferença pode ser explicada por vários fatores. Primeiramente, há que se considerar a diminuição da força e da velocidade de contração muscular que ocorrem com o avançar da idade, nesse caso ainda mais importantes, posto que os idosos institucionalizados são mais velhos do que aqueles que residem na comunidade.

Outro fator que pode contribuir para essa diferença é que os idosos das ILPIs não necessitam realizar diversas atividades físicas e/ou de vida diária, uma vez que muito é feito por eles pelos funcionários dos locais onde residem. Laessoe et al. (26) confirmam esta idéia através de seu estudo no qual 94 idosos institucionalizados (entre 70 e 80 anos) foram acompanhados pelo período de um ano, e submetidos a testes funcionais. O estudo mostrou que parte da deteriorização na capacidade física dos idosos parece ser devido à falta de estímulos e de treino.

Onder et al. (10) mostraram que indivíduos com dor diária apresentaram um pior desempenho físico e que este diminuiu progressivamente com o aumento da dor. O estudo contou com 273 residentes na comunidade (média de idade de 85,1 anos), submetidos a avaliações de força muscular e performance física. Também o estudo de Motram et al. (15), no qual a associação entre dor e limitação na mobilidade foi investigada em 18497 participantes mais jovens (idade igual ou superior a 50 anos), através de um questionário recebido pelo correio, mostrou que os indivíduos que relatavam dor eram significativamente mais propensos ao relato de limitação na mobilidade.

Em contraposição a esses dois autores, no presente estudo, não foram detectadas correlações entre a mobilidade e o nível de dor dos indivíduos participantes em nosso estudo, tanto na comunidade, quanto nas ILPIs. Essa divergência pode ser devido ao tipo de instrumentos utilizados (escala de atividade de vida diária e questionário para função física) e à forma como os instrumentos foram administrados pelos outros autores (por

telefone ou enviados por correio), enquanto no presente estudo os instrumentos foram aplicados pessoalmente pelas pesquisadoras.

Divergências na associação entre mobilidade e escore de dor podem ser devidos à composição da amostra da pesquisa, uma vez que os participantes eram provenientes de diferentes locais e situações (consultas médicas, prática de atividade física, sessões fisioterapêuticas, institucionalizados), bem como à compreensão dos indivíduos no momento de realização dos testes.

A presença de sintomas depressivos não apresentou, neste estudo, relação com o local de moradia, o que contrasta com os achados do estudo de revisão sobre o assunto feito por Ell et al. (12), no qual os autores relatam que indivíduos institucionalizados tendem a apresentar níveis de depressão mais altos do que os da comunidade.

Em relação à comparação entre mobilidade e depressão, este estudo mostra-se em concordância com os resultados obtidos por Williams et al. (27) e Carmaciu et al.(3), nos quais não foram encontradas evidências significativas relacionando a presença de depressão com a limitação na mobilidade. Como grande parte dos indivíduos que apresentam dor crônica também apresenta depressão, é importante analisar o uso de medicamentos antidepressivos, o que não foi realizado neste estudo. Evidências sugerem que os mesmos medicamentos utilizados para depressão podem ser utilizados para o tratamento de dor crônica, o que poderia levar a uma alteração na percepção da dor, podendo ocultar a relação dessas com a mobilidade (29).

As limitações do presente estudo estão relacionadas ao fato de que não foi investigado o uso de medicamentos entre os idosos como um todo, uma vez que em alguns locais onde foram realizadas as coletas dos dados não havia acesso a prontuários, tendo como fonte de informação apenas os participantes, sem a oportunidade de verificar a veracidade da informação. Já entre os institucionalizados, infelizmente não foi investigado o tempo de permanência na instituição, mesmo sendo este um fator importante, visto que, segundo Siqueira et al. (28), 13% dos indivíduos em ILPIs desenvolvem episódio depressivo no período de um ano.

Com base nos achados do presente estudo, é possível considerar que o estudo dos fatores relacionados com a dor e o seu impacto na vida de idosos em geral deve ser mais aprofundado a fim de melhor compreendê-los e traçar as estratégias mais adequadas para enfrentá-los, buscando reduzir suas consequências sobre o processo de envelhecimento e seu impacto humano e financeiro.

Através dos resultados apresentados no estudo é possível concluir que os idosos das ILPIs apresentaram maiores escores de dor e maiores dificuldades na mobilidade,

entretanto a presença de depressão foi independente do local de residência dos indivíduos. Os dados obtidos nesse estudo também não confirmaram nem a relação entre mobilidade e dor, nem entre depressão e dor.

## REFERÊNCIAS

1. Miller R. Miller's Anesthesia. 7ª ed. Inglaterra: Churchill Livingstone Inc; 2009.
2. Hainline B. Chronic Pain: physiological, diagnostic and management considerations. *Psychiatr Clin N Am* 2005;28:713-735.
3. Carmaciu C et al. Health risk appraisal in older people: prevalence, impact, and context of pain in the implications of GP. *British Journal of General Practice* 2007; 57:630-635.
4. Lillefjellm M, Krokstad S, Espnes GA. Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal. *BMC Musculoskeletal disorders* 2007; 8(65).
5. Miceli A. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(3):363-373.
6. Giordano S. Respect for equality and the treatment of the elderly. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2005; 14:83-92.
7. Vivian AS. Estratégias de coping frente às dificuldades funcionais e sintomas de depressão em idosos institucionalizados [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
8. Turk D, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: roll of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995; 61:93-101.
9. Yu H, Tang F, Kuo BI, YU S. Prevalence, interference and risk factors for chronic pain among taiwanese community older people. *Pain management nursing* 2006; 7(1):2-11.
10. Onder G, Cesari M, Russo A, Zamboni V, Bernabei R, Landi F. Association between daily pain and physical function among old-old adults living in the community. *Pain* 2006; 121:53-59.
11. Leite V, Carvalho E, Barreto K, Falcão I. Depressão e envelhecimento: estudos nos participantes do programa da universidade aberta terceira idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6(1):31-38.
12. Ell K. Depression care for the elderly. *Home Health Care Serv Q* 2006; 25(1-2):115-148.
13. Irigaray P, Schineider R. Prevalência de depressão em idosas participantes da universidade para terceira idade. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(1):19-27.
14. Ekstrom H, Ivanoff S, Elmstahl S. Restriction in social participation and lower life satisfaction among fracture in pain results from the population studied. *Archives of Gerontology of Geriatric* 2008; 46:409-424.
15. Mottram S, Peat G, Thomas E, Wilkie R, Croft P. Patterns of pain and mobility limitation in older people cross sectional findings from a population survey of 18,497 adults aged 50 years and over. *Qual Life Res* 2008; 17:529-539.
16. Bruckenthal P. Assessment of pain in the elderly adult. *Clin Geriatr Med* 2008; 24:213-236.
17. Barkin R, Barkin S, Barkin D. Perception, Assessment, Treatment and Management of pain in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:465-490.
18. Jakobsson U, Hallberg I. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11:430-443.
19. Gagliese L, Melzack R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003; 104:597-08.
20. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70:3-14.
21. Skevington S. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76:395-06.
22. Blyth F, March L, Brnabic A, Cousins M. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004; 111:51-58.
23. Bookwala J, Harralson T, Parmelee P. Effects of pain on functioning and well-being in older adults with osteoarthritis of the knee. *Psychology and Aging* 2003; 18(4):844-850.
24. Freitas E, Pi L, Cançado F, Doll, J, Gorzoni M. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
25. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in the general population of older adults. *Pain* 2004; 110:361-368.

26. Laessoe U, Hoeck H, Simonsen O, Sinkjaer T, Voigt M. Fall risk in an active elderly population – can it be assessed? *Journal of Negative Results in BioMedicine* 2007; 6(2).
27. Williams A, Schulz R. Association of pain and physical dependency with depression in physically ill aged and elderly persons. *Physical Therapy* 1988; 68(8):1226-1230.
28. Siqueira G, Vasconcelos D, Duarte G, Arruda I, Costa J, Cardoso R. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da EDG. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14(1):253-259.
29. Ritter J, Rang H, Moore P. *Farmacologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004

TABELA 1: Distribuição absoluta e relativa das variáveis sexo, escolaridade, estado civil e depressão, e medidas de tendência central e de variabilidade para a idade, escore da dor e da mobilidade (TUG).

Variáveis	Local		p(value)
	Comunidade (n=222)	Instituição (n=37)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	49 (22,1)	5 (13,5)	0,333§
Feminino	173 (77,9)	32 (86,5)	
<b>Idade</b>			
Média ± desvio padrão	71,8 ± 7,4	78,1 ± 7,1	<0,001Φ
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	10 (4,5)	7 (18,9)	
1º grau incompleto/ Completo	104 (46,8)	24 (64,9)	<0,001¶
2º grau incompleto/ Completo	64 (28,8)	4 (10,8)	
Superior ou mais	44 (19,8)	2 (5,4)	
<b>Estado civil</b>			
Convive maritalmente	106 (47,7)	2 (5,4)	<0,001¶
Não convive maritalmente	116 (52,4)	35 (94,8)	
<b>Escore da dor</b>			
Mediana (Q <sub>1</sub> – Q <sub>3</sub> )	4,9 (2,7 – 7,0)	5,3 (2,3 – 7,7)	<0,001‡
<b>TUG (segundos)€</b>			
Média ± desvio padrão	13,3 ± 5,7	27,1 ± 18,7	0,001‡

\* Valores apresentados da forma n(%); €: Variáveis com distribuição assimétrica; §: Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; Φ: Teste t-Student para grupos independentes assumindo igualdade de variâncias; ¶: Teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo; ‡: Teste Qui-quadrado de Pearson; †: Teste de Mann Whitney; Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>: intervalo interquartil.

TABELA 2: Presença e classificação da depressão por grupo

Variáveis	Local		p(value)
	Comunidade (n=222)	Instituição (n=37)	
<b>Depressão</b>			
Normal	4 (1,8)	2 (5,4)	0,073¶
Depressão leve a moderada	209 (94,1)	31 (83,8)	
Depressão grave	9 (4,1)	4 (10,8)	
<b>Depressão</b>			
Sim	218 (98,2)	35 (94,6)	0,206¶
Não	4 (1,8)	2 (5,4)	

\* Valores apresentados da forma n(%); €: Variáveis com distribuição assimétrica; §: Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; Φ: Teste t-Student para grupos independentes assumindo igualdade de variâncias; ¶: Teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo.

TABELA 3: Mobilidade (TUG) estratificada pela depressão segundo o total da amostra e por local de residência, comunidade ou instituição.

Variáveis	Total amostra (n=259)	Local		p t
		Comunidade (n=222)	Instituição (n=37)	
	Mediana	Mediana	Mediana	
<b>Depressão</b>				
<b>Sim</b>	12,4	11,7	22,1	<b>&lt;0,001</b> φ
<b>Não</b>	12,8	12,1	.*	---
<b>p t</b>	<b>0,587</b> φ	<b>0,798</b> φ	---	

t: Teste de Mann Whitney; Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>: intervalo interquartil; \*: n= 1.

## **AGRADECIMENTOS**

Neste espaço gostaríamos de agradecer a todos que colaboraram de alguma forma para a realização deste trabalho, em especial à fisioterapeuta Verônica Mattos.

Em primeiro lugar, agradecemos às professoras Thaís de Lima Resende e Marta Lorenzini, por terem aceitado a nossa participação neste projeto, e por terem nos conduzido de forma extraordinária durante esse processo.

Agradecemos também aos nossos familiares e amigos, pelo suporte e compreensão oferecidos neste período.

Não poderíamos deixar de prestar nosso agradecimento aos funcionários dos locais onde as coletas foram realizadas, por sua colaboração e receptividade, bem como aos participantes, por seu auxílio e interesse.