

Prevalência, localização e intensidade da dor crônica auto-relatada por idosos não institucionalizados da região centro-oeste do Brasil

Charlise Fortunato Pedroso¹; Lílian Varanda Pereira²

Faculdade de Enfermagem – UFG, CEP: 74605-080, Brasil

e-mail: charlisefortunato@hotmail.com ; lvaranda@terra.com.br

PALAVRAS CHAVE: epidemiologia, dor, idoso

Introdução

A dor tem sido considerada uma epidemia mundial, e embora seja uma experiência desagradável que acomete as pessoas em geral, ainda há incertezas sobre o padrão de ocorrência dessa experiência em pessoas mais velhas (THOMAS et al., 2004).

Estatísticas norte-americanas mostraram que a ocorrência de dor persistente em idosos não institucionalizados varia de 25 a 50% (FERREL et al., 1990). Estudo populacional desenvolvido na Austrália, envolvendo 17.543 entrevistas realizadas por telefone, mostrou prevalência de dor crônica de 17% entre os homens e de 20% entre as mulheres, atingindo particularmente as pessoas mais velhas, as mulheres e as pessoas com nível socioeconômico mais baixo (BLYTH et al., 2001).

Thomas et al. (2004), em estudo tipo corte transversal, por inquérito postal, em North Staffordshire, com 7.878 (73,1%) pessoas, sendo 56,1% mulheres e 43,9% homens, com idades acima de 50 anos, observaram prevalência de qualquer dor nas últimas 4 semanas de 72,4%. A média de locais de dor foi igual a 6 (seis) locais (1-44), sendo que 12,0% dos idosos referiram dor generalizada. Com o aumento da longevidade as pessoas referiram piores condições de saúde.

Revisado pelo orientador

¹ Aluna regularmente matriculada no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

² Profa Dra da Faculdade de Enfermagem da FEN/UFG.

No Brasil, estudos epidemiológicos conduzidos no Estado do Rio Grande do Sul mostraram que a dor crônica teve prevalência de 51,4% e comprometeu a qualidade de vida dos indivíduos com idade superior a 60 anos (DELLAROZA et. al., 2007). Em outra amostra de idosos (n=172) Dellaroza et al. (2008) estimaram em 58% a prevalência de dor crônica entre idosos mais jovens (60 a 69 anos) e entre os idosos com idade mais avançada (80 anos ou mais) esse diagnóstico chegou a 100%. Trinta e seis vírgula dois por cento deles referiram sentir dor diariamente e 29,89% dor de frequência variável.

A dor pode ser relatada em diferentes locais do organismo humano. Becker et al. (1997) encontraram dor crônica em *membros inferiores* (33%) e costas (20%) como as de maior prevalência, sendo que 14 idosos referiram dor em mais de três lugares. Hart; Deyo e Cherkin (1995) afirmaram que a *dor lombar* afetou 20% dos idosos com idade acima de 65 anos e foi responsável por 3% das consultas médicas. Thomas et al. (2004) apontaram *os joelhos* como o local mais acometido pela dor em idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (37,7%); de 70-79 anos (35,4%) e de 80 ou mais (37,6%), seguidos pelas *costas* (35,1%; 29,9% e 27,3%, respectivamente. Ainda neste estudo, observou-se que a prevalência de dor foi semelhante nas diferentes décadas de vida, no entanto, as mulheres foram as mais acometidas (diferença de 2,6%, IC= 0,5-4,7%). As mulheres também referiram dor com maior frequência em 7 ou mais locais do que os homens (diferença de 5,2%; IC=3,2- 7,2%).

Independentemente do lugar em que a pessoa sente dor, um dos aspectos mais estressantes é a intensidade. Estudos têm investigado a intensidade da dor em idosos. Dellaroza et al. (2007) encontraram dor *moderada* em idosos de Londrina, PR, medida por meio de uma escala de copos; e Becker et al. (1997) observaram dor severa ou insuportável em 73% da amostra e moderada em 27%, utilizando a Escala Visual Analógica (VAS).

A alta prevalência de dor em idosos está associada a desordens crônicas, particularmente doenças musculoesqueléticas como artropatias, síndrome dolorosa miofacial, câimbras de membros inferiores e fraturas por osteoporose. Além disso, o aumento na incidência de câncer, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras por pressão, as doenças isquêmicas e cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas álgicas na vida longa (GLOTH, 2000; FISHER, 2002, GOMES et al., 2007; DELLAROZA et. al., 2008). Ademais, Elliott et al. (1999) observaram que as pessoas com dor crônica utilizam cinco vezes mais os serviços de saúde do que aquelas que não sentem dor, e sofrem redução na qualidade de vida.

Isto posto, e por considerar a dor crônica como um problema de saúde pública, capaz de acarretar sérios prejuízos individuais e sócio-econômicos e aumentar a morbidade

entre os idosos, julgou-se importante o desenvolvimento deste estudo que teve como objetivos: estimar a prevalência de dor crônica auto-relatada por idosos não institucionalizados de Goiânia, GO; e investigar a localização e intensidade dessa experiência, nas diferentes décadas de vida da população longeva.

Metodologia

Tipo de estudo: estudo de base populacional, descritivo, tipo corte transversal.

Local/período: cidade de Goiânia-GO, Brasil; de agosto de 2010 a novembro de 2010. Período da coleta de dados: dezembro de 2009 a abril de 2010.

Amostra: amostra probabilística, constituída por 934 idosos, de qualquer raça, cor ou sexo, não institucionalizados.

Crítérios de inclusão/exclusão: possuir 60 anos ou mais e residir no domicílio visitado. Foram excluídos os idosos que não se encontravam no domicílio visitado em três encontros pré-agendados.

Variáveis do estudo: sócio econômicas e demográficas: sexo, idade (anos completos até a data da entrevista categorizados em faixas etárias: 60-74, 75-84, 85 ou mais), renda mensal percapita em reais (classe A (>\$8.100), classe B (>\$2.300), classe C (>\$950), classe D (>\$600), classe E (>\$400), miseráveis (<\$400); escolaridade (analfabeto, sabe ler e escrever, mas nunca foi à escola, ensino básico, ensino médio), situação ocupacional (aposentado, pensionista, recebe benefício, recebe outro tipo de benefício); estado marital (casado, solteiro, separado, viúvo), e relacionadas à saúde: auto-percepção de saúde (ótima/boa, regular, má/péssima) e escores Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), que foram investigadas para caracterização da população. A variável de desfecho foi a ocorrência de dor crônica (sim ou não), sua localização (anotada em diagramas corporais e categorizada conforme a classificação de locais proposta pela IASP, com modificações) e intensidade, medida por meio de uma escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde 0(zero)=nenhuma dor e dez (10)=a pior dor imaginável. Os escores 1 (um), 2(dois), 3(três) e 4(quatro)=dor leve; 5(cinco); 6(seis)=dor moderada; 7(sete), 8(oito), 9(nove)=dor forte). Dor crônica foi considerada como aquela existente há seis meses ou mais, de caráter contínuo ou recorrente (MERSKEY e BOGDUK, 1994).

Coleta de Dados: os dados foram coletados por observadores treinados, utilizando-se um questionário. Inicialmente foi feita uma avaliação das funções mentais por meio do Mini Exame do Estado Mental. Após, deu-se a coleta de dados socioeconômico-demográficos e referentes à dor auto-relatada.

Análise dos dados: Os dados foram registrados no instrumento de coleta de dados e posteriormente organizados em planilhas eletrônicas em arquivo do software Epi-data e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0. Foi realizada, uma análise exploratória dos dados (descritiva). As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão) e as variáveis categóricas exploradas por frequências simples absolutas e percentuais. Os resultados das análises foram organizados em tabelas. **Aspectos Éticos:** o projeto foi elaborado respeitando-se os princípios éticos da resolução CNS 196/96. Os idosos foram orientados quanto aos objetivos do estudo, tarefas de medida, riscos, benefícios e garantia do anonimato e todos assinaram ou identificaram com a marca digital o termo de consentimento livre esclarecido (TCL). A pesquisa foi avaliada e obteve parecer favorável do Comitê de Ética da UFG (Protocolo – 050/2009).

Resultados e discussões

Foram entrevistados 934 idosos. Destes, 581 (62,2%) eram mulheres e 353 (37,8%) homens, com idades entre 60 e 99 anos, (Média=71,6; DP=8,5; Mediana=70,0 anos). As mulheres foram mais representadas em todas as faixas etárias e na população em geral. Com referência ao estado civil atual, constatou-se que na população geral predominaram os idosos casados (49,5%; n=462); escolaridade correspondente ao ensino primário completo/incompleto (47,4%; n=443) e 15,5% (n=145) eram analfabetos. A classificação sócio-demográfica mostrou que 40,5% (n=378) eram miseráveis e 21,1% (n=197) da classe E. Quanto às atividades laborais, 62,4% (n=583) eram aposentados e a auto-avaliação da saúde da população em geral revelou que 40,7% (n=380) dos idosos consideraram sua saúde *regular*. Quanto aos escores obtidos por meio do Mini Exame do Estado Mental a maioria dos idosos alcançou escores ≥ 26 apresentando-se cognitivamente intactos (52,4%; n=489). Os dados mostram que, com a vida longa, as mulheres prevalecem em relação aos homens, há aumento da prevalência de comprometimento cognitivo, escolaridade mais alta entre os jovens idosos, sendo que 12,3% (n=74) tinham curso superior completo/incompleto (Tabela1). Em geral, os dados que caracterizam os idosos participantes deste estudo são semelhantes aos encontrados por outros pesquisadores (THOMAS et al., 2004; DELLAROZA et al., 2007; 2008; PANAZZOLO et al., 2007), salvo para a representação pelo sexo masculino, observada no estudo de Dellaroza et al.

(2007), que foi justificada pelos autores pelo fato de tratar-se de amostra constituída por idosos servidores municipais.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis sócio-econômico-demográficas, auto-avaliação de saúde e faixa etária. Goiânia, GO, 2010

Variáveis	Idade dos idosos por faixa etária			
	60-74 (n=603), (%)	75-84 (n=244), (%)	85 ou + (n=86), (%)	Geral (n=934), (%)
Faixa etária				
60 – 74 anos				603 (64,6)
75 – 84 anos				244 (26,2)
85 ou mais				86 (9,2)
Gênero				
Feminino	380 (63,0)	145 (59,4)	55 (63,9)	581 (62,2)
Masculino	223 (37,0)	99 (40,6)	31 (36,5)	353 (37,8)
Estado civil				
Casado	333 (55,2)	101 (41,4)	28 (32,5)	462 (49,5)
Viúvo	139 (23,0)	108 (44,3)	52 (60,5)	299 (32,0)
Solteiro	61 (10,1)	19 (7,8)	5 (5,8)	85 (9,1)
Separado	66 (10,9)	15 (6,1)	1 (1,2)	82 (8,8)
Escolaridade				
Analfabeto	72 (11,9)	46 (18,9)	27 (31,4)	145 (15,5)
Sabe apenas ler e escrever	24 (4,0)	16 (6,6)	5 (5,8)	45 (4,8)
Primário completo/incompleto	274 (45,4)	131 (53,7)	38 (44,2)	443 (47,4)
Ensino médio completo/incompleto	156 (25,9)	36 (14,8)	10 (11,6)	202 (21,6)
Superior completo/incompleto	74 (12,3)	13 (5,3)	4 (4,6)	91 (9,7)
Classificação socioeconômica				
Classe A	0 (0,0)	3 (1,2)	0 (0,0)	3 (0,3)
Classe B	23 (3,8)	4 (1,6)	1 (1,2)	28 (3,0)
Classe C	106 (17,6)	55 (22,5)	10 (11,6)	171 (18,3)
Classe D	96 (15,9)	36 (14,7)	14 (16,3)	146 (15,7)
Classe E	128 (21,2)	51 (20,9)	18 (20,9)	197 (21,1)
Miseráveis	244 (40,5)	93 (38,1)	41 (47,7)	378 (40,5)
Atividade laboral				
Aposentado	341 (56,6)	177 (72,5)	65 (75,6)	583 (62,4)
Pensionista	77 (12,8)	60 (25)	27 (31,4)	164 (17,6)
Recebe Benefício	16 (2,7)	8 (3,3)	2 (2,3)	26 (2,8)
Recebe outro tipo de benefício	97 (16,0)	15 (6,1)	9 (3,7)	121 (12,9)
Auto-avaliação estado de saúde				
Muito boa	73 (12,1)	26 (10,6)	9 (10,5)	108 (11,6)
Boa	193 (32,0)	64 (26,2)	29 (33,7)	286 (30,6)
Moderada	248 (26,6)	100 (40,9)	32 (37,2)	380 (40,7)
Ruim	39 (41,1)	30 (12,2)	8 (9,3)	77 (8,2)
Muito ruim	11 (1,82)	10 (4,1)	3 (3,5)	24 (2,6)
Escores do Mini Mental				
Sem comprometimento (≥ 26)	359 (59,5)	101 (41,4)	29 (33,7)	489 (52,4)
Comprometimento cognitivo (< 24)	177 (29,3)	103 (42,2)	39 (45,3)	319 (34,2)

A prevalência de dor crônica auto-relatada pelos idosos deste estudo foi de 51,1% (n=477). As mulheres foram mais acometidas (70,6%; n=337) do que os homens (29,4%; n=140) na população geral e nas diferentes faixas etárias, observando-se maior prevalência (52,5%) entre os idosos de 75 a 84 anos. Entre os jovens idosos (60-74 anos) a prevalência foi de 51,1% e entre os muito idosos (≥ 85 anos) de 47,7%.

Estudo nacional, desenvolvido na cidade de Londrina, PR, com amostra de 451 idosos não institucionalizados, mostrou prevalência de dor crônica de 51,4%, muito próxima à encontrada neste estudo (DELAROZA, et al., 2007), acometendo mais as mulheres. Helme e Gibson (1997) em estudo conduzido com 1000 idosos não institucionalizados, encontraram prevalência de dor crônica de 51,0% entre os jovens idosos (60 a 75 anos), 48% para os idosos (75 a 85 anos) e de 55% para os muito idosos (mais de 85 anos), semelhantemente ao presente estudo. Em outra amostra de 172 idosos (65,4% de mulheres), em Londrina, PR, dor crônica foi relatada por 107 dos participantes (62,2%), sendo que as mulheres referiram dor crônica (40,7%) mais frequentemente que os homens (21,5%), reforçando os dados deste estudo.

As mulheres também foram as mais representadas (57,5%) no estudo de Panazzolo et al. (2007), desenvolvido com amostra de 245 idosos não institucionalizados, cujas idades variaram de 60 a 91 anos, média de $68,8 \pm 6,9$ anos. A prevalência de dor geral neste estudo foi de 73,9%, sendo crônica para 67,7% dos idosos, acometendo com maior frequência o gênero feminino (69,6%). Na população Cruzaltense, RS, entre os 48 idosos da cidade, com idades entre 70 e 87 anos, a prevalência de dor crônica foi de 56,25% e as mulheres também foram as mais representadas (59,3% de mulheres, contra 40,7% de homens).

Neste estudo, a localização da dor foi relatada com maior frequência nos *membros inferiores*, seguidos pela espinha lombar, ombros e membros superiores (Tabela 2), semelhantemente aos achados do estudo de Dellaroza et al. (2007). Os resultados mostraram 21,7% das pessoas com dor crônica (duração ≥ 6 meses) nas *costas* (21,7%) e 21,5% nos *membros inferiores*. Quando indagados sobre a dor que mais incomodava, 21,7% daqueles que sentiam múltiplas dores referiram ser a dor nos *membros inferiores* e 19,6% a dor na *região dorsal*.

No estudo de Dellaroza et al. (2008) a dor aguda foi referida com maior frequência na região dorsal (44,4%) e nos membros inferiores (33,3%), enquanto a dor crônica foi

prevalente nos membros inferiores (31,40%), região dorsal (30,2%) e região de ombros e membros superiores (11,0%). Tais achados foram corroborados por Celich e Galon (2009), que encontraram dor referida com maior frequência na coluna lombar (44,4%), região das pernas (40,7%) e articulação do joelho (25,9%), e por Panazzolo et al. (2007), que também encontraram 46,5% de dor nos membros inferiores entre os 245 idosos participantes de seu estudo, seguidos pela coluna lombar (31,0%).

Nota-se que não há uma padronização para investigação de locais de dor entre os diferentes estudos, dificultando a comparação precisa dos achados. Ainda assim, é possível verificar que alguns locais são relatados com maior frequência, como os membros inferiores e as costas. Na vida longa a experiência dolorosa pode afetar locais que podem interferir na autonomia e independência, impondo limitação funcional à essa população. Segundo Teixeira e Teixeira (2001) a dor nos pés e nas pernas aumenta com o avanço da idade. Thomas et al. (2004), por sua vez, mostraram que embora a prevalência de certos locais de dor declinem com o avanço da idade, outros locais aumentam (pés, quadris e joelho), logo, a prevalência global de dor não diminui com a idade e torna-se ainda mais incapacitante, interferindo na realização das atividades da vida diária.

Tabela 3. Distribuição da frequência de locais da crônica auto-relatada pelos idosos, de acordo com as diferentes décadas de vida. Goiânia, GO, 2010

Localização da dor	Idade (faixa etária) dos idosos		
	60-74 n, (%)	75-84 n, (%)	> 85 n (%)
Cabeça, face, pescoço	96 (31,2)	30 (23,4)	5 (12,2)
Ombros e membros superiores	131 (42,5)	49 (38,3)	19 (46,3)
Membros inferiores	191 (62,0)	76 (59,3)	34 (82,9)
Tórax e abdômen	73 (23,7)	27 (21,1)	17 (41,4)
Espinha lombar	190 (52,3)	67 (52,3)	16 (39,0)
Espinha sacral e cocci	29 (9,4)	11 (8,6)	3 (7,3)
Anal, pélvica e genital	19 (6,2)	10 (7,8)	1 (2,4)
Dor generalizada ou mais que três locais de dor	50 (16,2)	25 (19,5)	7 (17,0)

Quanto à intensidade de dor, na Tabela 3, observa-se que 12,8% (n=61) dos idosos em geral referiram a pior possível; 42,6% (n=203) classificaram a dor sentida como forte. Trinta e sete vírgula sete por cento (n=180) considerou a dor moderada e 10,9% (n=52) consideraram-na como leve. Em relação à faixa etária, observa-se que a maior prevalência de relatos de pior dor possível foi encontrada entre os muito idosos (19,5%; n=8); de dor forte, entre os jovens idosos (45,5%; n=140) e de dor moderada, entre os mais

muito idosos. Estudos internacionais que investigaram a dor em geral em pessoas idosas apontaram índices de 18 a 52% de dor intensa (FERREL; FERREL, 1990; PARMELEE; SMITH; KATZ, 1993).

No Brasil, Dellaroza et al. (2007) mensuraram a dor por meio de uma escala de copos, sendo que o primeiro dos seis copos - vazio -, representava sem dor e o sexto copo - cheio -, representava a pior dor imaginável; e os copos “2” e “3” representaram dor leve, os copos “4” e “5” dor moderada. Entre os 451 idosos que compuseram a amostra a intensidade subjetiva da dor na região dorsal e membros inferiores foi leve em 50% e 53,6% dos casos e moderada em 42,7% e 35,0% deles, respectivamente. Nos membros inferiores a dor foi, ainda, intensa para 11,3% dos idosos. Em geral, a dor crônica foi leve em 50,7% dos casos, moderada em 38,4% e intensa em 9,5%. Celich e Galon (2009) mensuraram a intensidade da dor por meio de uma escala numérica de 0-10 cm e consideraram como ausência de dor o escore 0 (zero), os escores de 1 a 3 (dor leve); de 4 a 5 (dor moderada) e de 6 a 7 (dor forte) e de 8 a 10 (dor insuportável). Oitenta e cinco por cento dos idosos referiram dor de intensidade moderada-alta.

Na Suíça, em estudo realizado com 537 idosos não institucionalizados, com idade superior a 77 anos encontraram 72,8% com algum tipo de dor, sendo que a maior frequência de dor intensa (15,8%) foi relatada nos cotovelos, mãos, pernas e joelhos e a maior frequência de dor leve (25, %) foi de dor nas costas e cotovelos (BRATTBERG; MARTI; PARKER, 1996). Dellaroza et al. (2007) mostraram que a dor que mais incomodava os idosos foi aquela em membros inferiores e na região dorsal, locais frequentemente relatados neste estudo.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo a intensidade da principal dor crônica auto-referida segundo a faixa etária. Goiânia, GO, 2010

Intensidade da Dor Crônica	Idade (faixa etária) dos idosos			
	60-74 n (308), (57,2%)	75-84 n (128), (23,8%)	85 ou + n (41), (7,6%)	Total n (477), (51,1%)
Leve	35 (11,4)	12 (9,4)	5 (12,2)	52 (10,9)
Moderada	119 (38,6)	44 (34,4)	17 (41,5)	180 (37,7)
Forte	140 (45,5)	50 (39,1)	13 (31,7)	203 (42,6)
Pior possível	39 (12,7)	14 (10,9)	8 (19,5)	61 (12,8)

Ademais, outro ponto importante para que sejam realizadas novas pesquisas com foco na medida da intensidade da dor, especialmente a crônica, em longevos, está no fato de haver relatos de convívio diário com essa experiência, inclusive entre aqueles com dor

em membros inferiores e nas costas (DELLAROSA et al., 2007), locais freqüentemente relatados nesse estudo. Perdas na capacidade de deambular, e muitas vezes associação de comorbidades (ansiedade e depressão) geram sofrimento prolongado, intenso, muitas vezes desnecessário e que interfere na qualidade de vida dessa população (GOMES et al., 2007).

A importância de se estudar a intensidade da dor nas populações está no fato que dores intensas podem prejudicar a qualidade de vida das pessoas. Tal fato aponta grande parte dos idosos com incapacidade para caminhar e realizar as atividades da vida diária, levando-os à dependência e perda da autonomia, redução do convívio social, prejudicando seus relacionamentos e atividades de lazer, o que justifica o direito das pessoas em obter alívio para suas dores.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitem concluir que a prevalência de dor crônica entre os idosos da região centro-oeste do Brasil é alta e semelhante a alguns estudos realizados em nosso país. Afeta prevalentemente (52,5%) os idosos na faixa etária 74-85 anos, localiza-se com frequência nos membros inferiores, espinha lombar, ombros e membros superiores, comprometendo a capacidade funcional e acarretando sofrimento intenso com perda na qualidade de vida. Fato agravado pela intensidade dessa experiência, que foi referida como *forte e pior dor possível* pela maioria (55,3%) dos gerontes desse estudo.

Referências Bibliográficas

BECKER, N. T.; BONDEGAARD, T.A.; OLSEN, A. K.; SJOGREN, P.; BECH, P.; ERIKSEN, J.; **Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center.** v. 73, n. 3, p. 393-400, 1997.

BLYTH, F.M.; MARCH, L.M.; BRNABIC, A.J.M.; JORN, L.R.; WILLIANSOON, M.; COUSINS, M.J. **Chronic pain in Australia:** a prevalence study. v. 89, p.127-134, 2001.

BRATTBERG, G.; PARKER, M.G.; THOSLUND, M. **The prevalence of pain among the oldest old in Sweden,** v. 67, p. 29-34, 1996.

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

DELLAROZA, M.S.G.; FURUYA, R.K.; CABRERA, M.A.S.C.; TRELLA C.; YAMADA, K.N.; PACOLA, L.. **Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos na comunidade.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.54, n. 1, p.36-41, 2008.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C. A. de M.; MATSUO, T. **Prevalência e Caracterização Da Dor Crônica Em Idosos Não Institucionalizados.** Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, 2007.

ELLIOTT, A.M.; SMITH, B.H.; PENNY, K.I.; SMITH, W.C.; CHAMBERS, W.A. **The epidemiology of chronic pain in the community.** Lancet, v.354, n.9186, p. 1242-1252, 1999.

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

FISHER, S.E.; BURGIO, L.D.; THORN, B.E.; ALLEN-BURGE, R.; GERSTLE, J.; ROTH, D.L.; et al. **Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents:** association of certified nursing assistant pain report, Minimum Data Set pain report, and analgesic medication use. The Journal of the American Geriatrics Society, v.50, n. 1, p. 152-156, 2002.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. **“Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** Journal of psychiatric research, v. 12, n.3, p. 189-198, 1975.

GLOTH, F.M. **Geriatric pain:** factors that limit pain relief and increase complications. American Academy of Pain Medicine, v.10, n. 55, p. 46-54, 2000.

GOMES, J.C.P.; TEIXEIRA, M.J. **Dor no idoso**. Revista Brasileira Médica, v. 64, n. 11(especial), p. 45-54, 2007.

HART, L.G.; DEYO, R.A.; CHERKIN, D.C. **Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey**. Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, Jan, v.20 n. 1, p.11-9 1995.

HELME, R.D.; GIBSON, S.J. **Pain in the elderly**. In: Jensen TS, Turner JA, editors. Proceedings of the 8th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press. p. 919-44. 1997

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain: descriptions of sexuality e sexual adjustment of patients with chronic pain**. Disability and Rehabilitation, v. 20, n.9, p.317-329, 1998.

PANAZZOLO, D.; TRELHA, C.S.; DELLAROZA, M. S.G.; CABREZA, M.; SOUZA, R. **Dor crônica em idosos moradores do conjunto Cabo Frio, da cidade de Londrina/PR**. Rev. Dor - Jul/Ago/Set – v.8, n. 3, p. 1047-1051, 2007.

PARMELEE, P.A.; SMITH, B.; KATZ, T.R. **Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents**. J Am Geriatr Soc, v. 41, p. 517-522, 1993.

TEIXEIRA M.J.; TEIXEIRA, W.G.J; SANTOS, F.P.S. **Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética**. Rev Med (São Paulo), v. 80, p. 1-21, 2001.

THOMAS, E.; GEORGE, P.; LINDSEY, H.; WILKIE, R.; CROFT, P. R. **The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP)**, p.361-368, 2004.