

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM DOR CRÔNICA

ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WITH CHRONIC PAIN

Jessyca Ribeiro WILLEMANN¹

Fabiana Ribeiro MARQUES²

Magda Eline Guerrart PORTUGAL²

Silvia Jaqueline Pereira de SOUZA³

Simone Planca WEIGERT⁴

Mariana da Rocha PIEMONTE⁵

RESUMO

Devido às mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da população mundial, o número de idosos tem aumentado significativamente, e com isso, tem crescido o número de doenças crônicas causadoras de dor. Os idosos têm seus direitos humanos garantidos por meio do estatuto do idoso, inclusive do cuidado e tratamento da dor crônica. Sabe-se que muitos idosos têm desenvolvido diferentes tipos de dependência, desde baixos níveis de necessidade de auxílio, assim como necessidade de cuidadores familiares ou profissionais em tempo integral, o que se torna um problema de saúde pública, já que o investimento financeiro em medicamentos torna-se maior que em cuidados. Porém, são observados idosos ativos, que mesmo que portadores de dor crônica, tem capacidade funcional para o autocuidado, os quais necessitam ser reconhecidos como pessoas capazes. **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura a fim de perceber os malefícios causados aos idosos pela dor crônica e buscar formas de melhorar a sua qualidade de vida. **Método:** a partir de artigos publicados a partir de 2007 analisar a literatura, utilizando descritores relacionados ao assunto propostos. **Conclusão:** foi observado que o autogerenciamento da dor, fisioterapia, terapia medicamentosa e, principalmente, participação familiar e estímulo à autonomia do idoso são de extrema importância no tratamento do idoso com dor crônica.

PALAVRAS-CHAVE: dor crônica, idosos, qualidade de vida.

ABSTRACT

Due to changes in the epidemiological profile of the population, the number of elderly has increased significantly, and this has increased the number of chronic diseases that cause pain. The elderly have their human rights guaranteed by the old statute, including the care and treatment of chronic pain. It is known that many older people have developed different types of dependence, since low levels of need for aid, as well as the need for family caregivers and professional fulltime, which becomes a public health problem, since the financial investment in medicines becomes higher than in care. However, active seniors are observed, even in patients with chronic pain, has functional capacity for self-care, which need to be recognized as capable people. **Objective:** To conduct a literature review in order to realize the harm caused by the elderly chronic pain and seek ways to improve their quality of life. **Method:** from articles published from 2007 analyze literature using proposed subject-related descriptors. **Conclusion:** it was observed that the selfmanagement of pain, physical therapy, drug therapy, and especially family participation and stimulating the independence of older people is extremely important in the elderly with chronic pain treatment.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação e Bacharelado em Enfermagem da Faculdade HERRERO.

² Mestre em Saúde Bucal da Infância e Adolescência – UFPR.

³ Mestre em Enfermagem – UFPR.

⁴ Mestre em Psicologia Forense Pela Universidade Tuiuti do Paraná.

⁵ Doutora em Bioquímica - UFPR. * E-mail para correspondência: marianapiemonte@gmail.com

KEY WORDS: chronic pain, elderly, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

Tem aumentado a população de longevos, sendo que muitas vezes o envelhecimento populacional é um problema social diretamente relacionado com programas de saúde pública. Envelhecer faz parte do ciclo vital, sendo, portanto, inevitável. É um processo biológico onde alterações determinam mudanças estruturais e funcionais do organismo humano, levando a diminuição de algumas funções fisiológicas além de tornar os reflexos mais lentos, fazendo com que alguns idosos se tornem incapacitados devido a frequência de doenças crônicas, as quais precisam ser tratadas com medicamentos de uso contínuo, muitos de alto custo. (ARAÚJO et al, 2013).

O estatuto do idoso, Lei 10.741 de 2003, estabelece que tenha direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Com sua atualização em 2013 foi incluído o seguinte aspecto: idosos incapacitados devem ter acesso a atendimento domiciliar. Baseado nesta lei e na Lei 8.080 de 1990 surgiram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por uma equipe multidisciplinar, a importância desses núcleos se justifica uma vez que, cerca de 80% dos idosos passam a apresentar problemas de saúde que podem levar ao desenvolvimento de dor crônica, que relatou que 60% da população idosa relata conviver com dor devido a diferentes doenças crônicas (ARAÚJO et al, 2010; AVEIRO et al, 2011).

O estudo da dor crônica em pacientes da terceira idade torna-se relevante, já que com a diminuição da intensidade e frequência da dor, uma melhora da qualidade de vida desses pacientes poderá ser atingida. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo principal relatar fatores de risco relacionados com a dor crônica na população idosa, os quais após avaliados em conjunto irão sugerir ferramentas de prevenção e ainda estabelecer possíveis estratégias de cuidado para o paciente. Conhecendo os problemas enfrentados pelos idosos, suas causas, sinais e sintomas de suas dores crônicas, poderemos sugerir soluções viáveis para evitá-las ou diminuir seus malefícios.

2. METODOLOGIA

Utilizamos neste estudo uma revisão bibliográfica, com artigos científicos publicados a partir de 2007, incluídos nas bases de dados Scielo e Constituição Federal, com os descritores idosos, saúde e dor. Foram excluídos artigos em população abaixo de 50 anos, em populações que pudessem apresentar como agravante outra patologia associada, e artigos em outros idiomas que não o português. Constituíram como base para este estudo 514 artigos, que após leitura prévia e aplicação dos parâmetros de inclusão e exclusão foram selecionados 29 artigos, três leis e duas portarias por se enquadrarem melhor nos objetivos propostos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) acredita que até 2025 haverá mais idosos do que crianças no mundo, sendo que a previsão para o Brasil é ocupar o sexto lugar no ranking de maior população idosa, tornando-se importante percepção de como o idoso é visto pela sociedade, desde o cumprimento dos seus direitos até questões referentes a negligência às suas necessidades de cuidado (MOREIRA; ALVES; SILVA, 2009).

O envelhecimento é uma consequência dos processos fisiológicos que se iniciam a partir do nascimento, continuam ao longo do crescimento até a vida adulta. O envelhecer é influenciado por fatores ambientais, podendo resultar na perda da capacidade de adaptação ao meio frente às mudanças fisiológicas. Dentre elas está o declínio das funções de órgãos responsáveis por funções vitais. Contudo não se deve definir o idoso como um ser humano em decadência, mas sim um cidadão que pode ser auxiliado em relação a promoção da saúde e bem-estar, sempre respeitando limites individuais de cada ser humano durante o envelhecer (ARAÚJO et al, 2013; SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Apesar dos avanços em relação aos cuidados e atenção destinados aos idosos, persiste a visão negativa da sociedade em relação ao idoso que, muitas vezes, o coloca como um indivíduo excluído da família e da sociedade devido ao preconceito e aos estereótipos, afetando a autoestima do idoso. Esse processo de exclusão pode levar familiares e/ou cuidadores a tomarem decisões, tirando a autonomia do idoso. Pois a velhice sempre esteve associada à degradação biológica e cognitiva, associando o idoso à uma pessoa improdutiva, dependente e incapaz, não tendo seus valores, críticas, ideias e julgamentos considerados pelos seus familiares. Muitas vezes, os idosos são comparados a crianças e classificados como senis, inativos, fracos e inúteis, quando deveriam ter seus aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais observados com cuidado e atenção para criar um plano de auxílio no cuidado do idoso de forma individualizada (SILVA, 2010; CUNHA et al, 2012).

A negatividade representada pelos aspectos acima mencionados, está relacionada ao processo de envelhecimento, dificultando a exposição e execução dos conhecimentos e capacidades que os idosos ainda podem apresentar. Nota-se, portanto, a necessidade de implementação de políticas públicas para idosos, buscando quebrar paradigmas e qualificar profissionais de diferentes áreas de atuação para o atendimento ao idoso (FERREIRA et al, 2010).

Sendo assim, a valorização do idoso contribui para o seu bem-estar biopsicossocial, melhorando sua qualidade de vida, além de ressaltar sua importância frente a sociedade e em suas relações interpessoais. Para isso, é necessário adquirir conhecimento sobre o processo de envelhecimento e observar a repercussão política, econômica e social que os idosos representam dentro da sociedade atual (ESPIRITO SANTO et al, 2008).

A saúde, o bem-estar físico, mental e social são direitos fundamentais do humano, sendo responsabilidade do Estado dar condições para sua prática, e responsabilidade dos indivíduos, da família, das empresas e da sociedade auxiliar nesse cuidado, quando se trata do idoso essa ideia também é amparada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI) e pelo Estatuto do Idoso. A assistência é assegurada às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelos prestadores de serviço público de saúde, os quais devem seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao cuidado universal e livre de preconceitos ou privilégios. Todo cidadão tem direito a receber atendimento domiciliar, medicamentos e produtos de interesse para saúde, desde que haja indicação médica (BRASIL, 1990).

A PNPI é uma política direcionada a cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais, que tem como objetivo recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, através de medidas coletivas e individuais de saúde em concordância com os princípios do SUS (BRASIL, 2006). São definidas diretrizes para o idoso: o envelhecimento saudável, manutenção e/ou reabilitação da capacidade funcional, assistência as suas necessidades, capacitação e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, além de apoio a estudos e pesquisas que busquem melhorar a vida do idoso (BRASIL, 1999).

O aumento da expectativa de vida tem como consequência o aumento do número de idosos, o que reflete diretamente nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais.

Essa reestruturação da pirâmide etária gera desafios para a sociedade enfrentar um envelhecimento saudável e ativo (LANA; SCHNEIDER, 2014).

A funcionalidade é uma avaliação do nível de capacidade funcional do idoso, podendo ela ser feita através de declaração indicativa de dificuldade ou necessidade de ajuda, em diferentes níveis de complexidade. Essa informação pode ser transcrita em sintomas característicos do envelhecimento, como diminuição da densidade óssea, diminuição da capacidade de regeneração e diminuição na velocidade de condução nervosa. Sendo que a prática de exercícios físicos tem sido associada à manutenção da funcionalidade, ou seja, reduz os efeitos negativos do envelhecimento (MACIEL, 2010).

Assim, a capacidade funcional é influenciada por fatores médicos, patológicos ou de deficiência, assim como por fatores psicológicos e sociais. Sendo de suma importância dado o processo de percepção do indivíduo, seja ela subjetiva ou uma avaliação da situação, a auto eficácia percebida. Sabe-se que tais indivíduos apresentam menos estresse, menos depressão, melhor estratégia de enfrentamento das doenças crônicas, melhora dos sintomas, melhor bem-estar físico e emocional (RABELO; CARDOSO, 2007).

Visto que coexistem diferentes tipos de idosos na sociedade, sendo o primeiro àquele que mantém o controle sobre seu corpo, ativo, disposto a realizar seus sonhos e o segundo aquele doente, solitário, assexuado e abandonado a sua sorte, a exploração dessas características podem determinar as necessidades psicossociais individuais dos idosos sendo essa definição necessária para o planejamento de ações e cuidado. As doenças crônicas tendem a diminuir a capacidade funcional do idoso o que pode afetar significativamente o seu bem-estar. E a falta de saúde é o principal indicador da carência de bem-estar e da baixa qualidade de vida (FERREIRA et al, 2010; RABELO; CARDOSO, 2007).

Na relação com idosos é importante ressaltar as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que são causadoras de aumento na mortalidade, além de afetar o desempenho de atividades do idoso. Sendo a funcionalidade uma maneira de mensurar o grau de dependência ou independência do ser humano (MACIEL, 2010).

Quando há diminuição na funcionalidade, ocorre o desenvolvimento da síndrome da fragilidade entre os idosos que são caracterizados pela presença de sinais e sintomas que demonstram a fragilidade nos domínios físico, psicológico e social. Ela acomete indivíduos com mais de 65 anos de idade que dependem de outras pessoas para realizar as atividades cotidianas. Além de impulsionar o risco de quedas, incapacidade, hospitalização e morte. Os idosos considerados frágeis tendem a apresentar doença crônica prévia e uso contínuo de medicações. Desse modo aqueles que apresentam dor crônica são mais vulneráveis a essa síndrome (LANA; SCHNEIDER, 2014).

De acordo com Rabelo e Cardoso (2007), as doenças crônicas não possuem cura, por isso é importante haver seu manejo ao longo do tempo, que inclui melhora da dor, estímulo e manutenção da capacidade funcional e o desenvolvimento de habilidades auto gerenciais de cuidado. Ou seja, para haver melhora da qualidade de vida, é necessário retardar o progresso da incapacidade dos idosos com doença crônica para que o idoso possa realizar o autocuidado através das atividades cotidianas, estímulo físico e mental. Assim entendemos que idosos com melhor autocuidado são mais ativos quanto a sua condição física de acordo com a sua capacidade.

Um estudo sobre a prática de atividade física na população idosa demonstrou benefícios psicofisiológicos, entre eles percepção positiva sobre autoimagem e autoestima, além de redução do risco de morte prematura, age na prevenção ou redução de hipertensão arterial, no risco de obesidade, na osteoporose, estresse, ansiedade, depressão e promove o bem-estar (MACIEL, 2010).

Os idosos procuram manter sua autonomia e independência, por isso o seu cuidado exige dedicação exclusiva e as vezes integral. O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) diz que 14,5 milhões de idosos brasileiros possuem mais de 60 anos e necessitam de cuidados diretos, que podem ser realizados por cuidadores formais ou informais (ARAUJO et al, 2013).

Os idosos mais frágeis tendem a desenvolver mais doenças crônicas, visto que a fragilidade aumenta o risco de quedas, fraturas, perda de autonomia e dependência, aumentando conseqüentemente a dor crônica. Por isso, a atenção primária a saúde dos idosos, no caso dos fragilizados, prevê um modelo de cuidado proativo, no qual os familiares e profissionais da saúde busquem as soluções para os problemas de saúde, melhorando a qualidade de vida, a saúde mental e dando apoio social, prevenindo que o idoso fique debilitado (LINCK; CROSSETTI, 2011).

No cenário do idoso que necessita de cuidados básicos, percebe-se a importância do cuidador, sendo ele profissional ou um familiar. É sabido que na maior parte dos casos os cônjuges ou parceiros tendem a assumir o cuidado do outro que não cumpre mais seu papel, muitas vezes por obrigação matrimonial. Mas há casos onde filhos ou netos assumem essa função, seja pela falta ou pela incapacidade do cônjuge. Quando cuidado é exercido pelos próprios filhos dos idosos demonstra apoio familiar o que é crucial no enfrentamento das doenças. Ainda que o idoso necessite de cuidadores que sejam profissionais da saúde ainda é necessária a inserção da família no cuidado (MOREIRA; CALDAS, 2007; ARAUJO et al, 2013).

Necessita-se de um cuidador preparado, instruído para desempenhar sua função da melhor forma possível. Sem excluir o acompanhamento dos profissionais de saúde em meio hospitalar e domiciliar para avaliar e auxiliar o cuidado, além de prover suporte adequado para o cuidador informal (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Fazem-se necessárias adaptações na vida cotidiana do idoso, visto que ocorrem muitas perdas, por isso além de assistência planejada é necessário contato pessoal, amor, apoio e atenção. Os profissionais de saúde, como os enfermeiros, são de extrema importância na atenção dessas necessidades, eles são responsáveis não apenas pelos cuidados físicos, mas também na orientação aos idosos, no cuidado, ouvindo as experiências e necessidades. Pois os cuidados de enfermagem podem prevenir a evolução da fragilidade, reduzindo a recorrência de internamentos e as taxas de morbimortalidade dos idosos (LINCK; CROSSETTI, 2011).

Estudos demonstram que num processo de cuidado proativo, através de visitas domiciliares com uma avaliação detalhada do paciente, a enfermagem conseguiu reduzir 13% das internações hospitalares, 38% de atendimento emergencial, 22% do tempo de permanência hospitalar e 73% do custo hospitalar total. Esse modelo de cuidado facilita o diagnóstico médico e o de enfermagem, através dos registros e informações obtidos. De modo geral os idosos fragilizados tendem a passar por diversas Instituições de Longa Permanência (ILPs), devido à recorrência de múltiplas doenças crônicas, incapacidades e dependências. Como não há vínculo entre os registros médicos das ILPs e dos serviços de saúde e os idosos não sabem e/ou não lembram de relatar os problemas anteriores, muitos deles passam despercebidos e prejudicam na formação do diagnóstico. (LINCK; CROSSETTI, 2011).

O enfermeiro é fundamental na atenção à saúde do idoso, visto que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza esse profissional como o primeiro contato no atendimento a este nos serviços de saúde, comunicando-se de forma efetiva com ele e a sua família além de realizar uma avaliação multidimensional. Pois é a sistematização da assistência e a coleta de dados do cuidado de enfermagem que asseguram a qualidade da assistência ao idoso institucionalizado, por meio do planejamento e do gerenciamento do cuidado específico para as necessidades individuais (RODRIGUES et al, 2007; RIBEIRO; MARIN, 2009).

A dor é uma experiência multidimensional que associa fatores psicossociais e biológicos. Sendo que os fatores psicológicos interferem mais nas experiências dolorosas e, por isso são mediadores importantes no tratamento da dor. Quando ela persiste além do tempo médio de cura de uma lesão é chamada de dor crônica, também pode estar associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente em um período de tempo entre meses e anos. As dores crônicas mais prevalentes em idosos são encontradas em região dorsal, membros inferiores, cabeça, face, abdômen e membros superiores (ARAÚJO et al, 2010; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Foi observada prevalência de 51% de dor crônica em jovens idosos, aqueles com idade entre 60 a 75 anos, 48% para idosos entre 75 e 85 anos, e 55% para idosos acima de 85 anos. Sendo que essas porcentagens podem variar de acordo com diferentes referências devido à definição de dor e das piores condições de saúde do idoso (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Santos et al (2011) corrobora com Cunha e Mayrink (2011) que a dor crônica é o sintoma mais comum entre os idosos, podendo gerar consequências graves e debilitantes, tais como: depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbio do sono, dificuldade de movimentação e aumento dos gastos com a saúde. Acredita-se que a dor crônica contribui para a lentidão no processo de reabilitação e recuperação de lesões, redução da capacidade funcional e aumento da dependência dos idosos. De acordo com Marin et al, em 2010, a dor crônica está relacionada a desordens crônicas, como doenças musculoesqueléticas, sendo, além de um fator de risco para não realização de atividades, não interação com outras pessoas e prejudicar o padrão de sono e alimentação, a razão do idoso fazer uso medicamentoso com ou sem prescrição médica.

As causas mais prováveis de dor lombar em idosos são fratura vertebral por compressão relacionada à osteoporose, estenose espinhal lombar, metástases, malignidade, síndrome da cauda equina, bacteremia, infecções geniturinárias e tuberculose, polimialgia reumática, aneurisma aórtico, Doença de Paget e Doença de Parkinson, desordem musculoesquelética (MARASCHIN et al, 2010).

Foi observada uma possível associação entre déficit de vitamina D e a dor crônica, sendo importante salientar como possível ação da vitamina D transtornos do humor, como ansiedade e depressão, as quais estão relacionadas à dor crônica. Também há indícios de que a vitamina D tenha ação anti-inflamatória, que, conseqüentemente, diminui a dor (OLIVEIRA; MORAES; SANTOS, 2013).

Ainda, existe a síndrome de amplificação dolorosa no idoso pode ser relacionada a casos de fibromialgia, os sintomas podem incluir: dor muscular difusa moderada, rigidez matinal fugaz, tristeza, ansiedade, fadiga e distúrbio do sono. Verificou-se melhora da qualidade de vida do paciente idoso portador da síndrome de amplificação dolorosa a partir do diagnóstico correto e tratamento de programa de autogerenciamento da dor, além do tratamento medicamentoso adequado (SANTOS et al, 2012).

Uma proposta para melhorar a qualidade de vida nos idosos que apresentam dor crônica é o programa de autogerenciamento da dor. Com o fim de reduzir a dor, melhorar o humor e o funcionamento psicossocial, o método se mostrou eficaz a partir do momento em que o idoso passou a identificar a dor, modificar seus pensamentos negativos, estabelecer metas, realizar exercícios de relaxamento e fazer uso de terapias físicas. Passando a haver melhora na independência funcional do idoso em atividades cotidianas, além de demonstrar tendência em reduzir a intensidade e a qualidade da dor (SANTOS et al, 2011).

Apesar do tratamento mais comum para a dor crônica ser a medicação, existem os altos custos, os frequentes efeitos colaterais negativos e a baixa eficiência na melhora dos sintomas em idosos. Por isso há procura por tratamentos alternativos como fisioterapia, psicoterapia e terapia comportamental. Sendo a fisioterapia uma importante forma de

tratamento. A função do fisioterapeuta na saúde do idoso é integrar ações de recuperação, prevenção de incapacidades e/ou doenças e a promoção da saúde (ARAUJO et al, 2010; AVEIRO et al, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que as doenças e agravos pertinentes à dor crônica, principalmente quando a doença tende a diminuir a capacidade funcional, em idosos, há redução da sua qualidade de vida. Assim esse trabalho buscou formas de melhorar a qualidade de vida desse grupo. Foi observada a eficácia de métodos como: autogerenciamento da dor, participação familiar no cuidado do idoso fragilizado, assistência realizada pelo profissional de enfermagem e/ou equipe multidisciplinar de saúde, prevenção à síndrome da fragilidade no idoso através do estímulo para melhora da auto eficácia e prática de atividades físicas, além de medicação e fisioterapia.

Sendo assim com o constante aumento da expectativa de vida, a tendência é ocorrer avanços na prevenção e tratamento de doenças crônicas e na manutenção da capacidade funcional. Pode-se perceber o aumento do incentivo para prática de atividades físicas direcionadas aos idosos e o constante cuidado com as pessoas a partir de 60 anos de idade no que diz respeito à planejamento de atenção à saúde, como visitas domiciliares, por exemplo. Ações de prevenção a agravos e doenças crônicas, além do tratamento adequado e acompanhamento profissional visam a melhoria da qualidade de vida do idoso.

5. REFERÊNCIAS

ARAUJO, L.G.; LIMA, D.M.F.; SAMPAIO, R.F.; PEREIRA, L.S.M. Escala de *Locus* de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. **Rev Bras Fisioter** 2010, vol.14, n.5, p. 438-445, 2010.

ARAUJO, J.S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.16, n.1, p. 149-158, 2013..

AVEIRO, M.C.; ACIOLE, G.G.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, suppl.1, p. 1467-1478, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Diário da União, Brasília, DF, 1990, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

CUNHA, L.L.; MAYRINK, W.C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Rev. dor [online]**. 2011, vol.12, n.2, pp. 120-124.

CUNHA, J. X. P. da et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde Debate**, v. 36, n. 95, p. 657-664, 2012.

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

ESPIRITO SANTO, A.C.G. et al. Problematização de temáticas de promoção da saúde do idoso a partir de uma vivência dramatúrgica. **Saúde Soc**, v. 17, n. 1, p. 165-175, 2008.

FERREIRA, O.G.L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

LANA, L.D.; SCHNEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014.

LINCK, C.L.; CROSSETTI, M.G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 2, p. 385-393, 2011.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: Rev Educ Fis**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MARASCHIN, R. et al. Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosas: etiologia em revisão. **Fisioter Mov**, v. 23, n. 4, p. 627-639, 2010.

MARIN, M.J.S.; RODRIGUES, L.C.R.; DRUZIAN, S.; CECILIO, L.C.O. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2010.

MOREIRA, R.S.P.; ALVES, M.S.C.F.; SILVA, A.O. Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 4, p. 685-691, 2009.

OLIVEIRA, W.S.; MORAES, N.; SANTOS, F.C. Vitamina D e dor crônica em idosos. **Rev Dor**, v. 14, n. 3, p. 223-225, 2013.

RABELO, D.F.; CARDOSO, C.M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007.

RIBEIRO, R.C.; MARIN, H.F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 2, p. 204-212, 2009.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto – Enferm**, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.

SANTOS, F.C. et al. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. **Rev Dor**, v. 12, n. 3, p. 209-214, 2011.

SANTOS, V.B.; TURA, L.F.R.; ARRUDA, A.M.S. As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 3, p. 497-509, 2011.

SANTOS, F.C.; SOUZA, P.M.R.; CASTRO, L.A.H.M.; THE, K.B. Síndrome de amplificação dolorosa no idoso: relato de caso e revisão da literatura. **Rev Dor**, v. 13, n. 2, p. 175-182, 2012.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M.J.P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 612-617, 2012.

SILVA, A.O. O idoso e o contexto atual da saúde. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 664-668, 2010.