

PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA EM MULHERES IDOSAS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

JAUQUELINE MARANHÃO LIMA

Centro Universitário Do Maranhão, UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil .E-mail:

jacqlima@hotmail.com

MISLENE GOMES FAUSTO

Aluna do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Maranhão.

UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil.

E-mail: missfausto@hotmail.com

KARLA VIRGINIA BEZERRA DE CASTRO SOARES

Centro Universitário do Maranhão, UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil.

Laboratório de Aprendizagem Neural e Performance Motora (LANPEM) –

UCB- Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail :karla1441@yahoo.com.br.

VERNON FURTADO DA SILVA

Laboratório de Aprendizagem Neural e Performance Motora (LANPEM) - UCB- Rio de Janeiro,

RJ, Brasil. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da

Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail:vernonfurtado2005@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

As atuais mudanças do perfil de morbi-mortalidade tem se configurado como uma tendência universal que engloba países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde o Brasil encontra-se inserido. Neste, os idosos representam cerca de 10% da população geral onde dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões estão com 60 anos ou mais com projeções bastante otimistas apontando para um crescimento deste grupo etário para 18 milhões até 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Fato preocupante é que, enquanto nos países desenvolvidos este crescimento se deu de forma sutil e gradual, atrelada a resiliência socioeconômica e cultural, no Brasil o fenômeno ocorreu bruscamente confrontando-se com um cenário de desigualdades sociais, fragilidade econômica, sem modificações estruturais que correspondam às demandas do novo grupo etário emergente (PEREIRA et al., 2006).

Em paralelo ao perfil longo da população encontra-se o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas como artroses, osteoporose entre tantas outras, freqüentemente acompanhadas de queixa de dor crônica, destacando-se as de origem articular, que se tornam mais constantes com o passar do tempo (SANTOS et al., 2006).

Esta realidade ecoa através de vários estudos epidemiológicos que incorporam o fenômeno como parte da rotina dos idosos brasileiros (MORENO, 2004; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUDO, 2007), podendo ser constatada através de estudos como os de Barr (2002), Chiba (2002) e Andrade, Ferreira e Sousa (2006) quando afirmam que a alta prevalência, de dor, na população idosa vem estar normalmente associada a desordens crônicas, destacando-se as artrites e osteoporoses.

Ainda sob o mesmo tomo Pereira (2003), alerta que patologias, corriqueiras no envelhecimento, comumente tendem a agravar a função e ameaçar a capacidade funcional, principalmente se estão atreladas a queixa de dor, comprometendo demasiadamente a sua qualidade de vida.

O fato é demasiadamente preocupante visto que as dores crônicas, além de estarem corriqueiramente associados a imagens negativas, citando-se como exemplo o sofrimento prolongado, transtornos psíquicos e abuso de medicamentos, sob a ótica de Andrade, Ferreira e Sousa (2006), é um dos principais indicadores de fatores que limitam a função, onde a literatura já vem apontando, há algum tempo, o seu impacto nas atividades de vida diária,

assim como, a influencia desta nos altos índices de inabilidade funcional, em uma maior fragilidade como apontam também estudos como os de Castro, Silva e Silva (2008).

Ao mesmo tempo em que tem dificultado a adesão a terapêuticas adequadas já que pesquisas têm demonstrado que, em se tratando de pacientes com dores crônicas, a adesão as terapêuticas oferecidas é bastante baixa, clamando para a apresentação de intervenções que aperfeiçoem a adesão e, talvez, melhorem o controle e o tratamento da mesma (KURITA; PIMENTA, 2003; SOARES; SILVA, 2009).

Devido a sua crescente importância, a Agência de Pesquisa e Qualidade de Vida em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor passaram a considerá-la como o quinto sinal vital, tão importante quanto pulso, temperatura, respiração e pressão arterial, merecendo ser mensurada, avaliada e registrada no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados outros sinais vitais (SOUZA, 2002).

Considerando-se aqui que a dor crônica pode ser um fator predisponente a depleção da qualidade de vida dos nossos idosos, o objetivo deste estudo foi avaliar o índice de dor crônica em idosos atendidos em um centro de convivência de idosos na cidade de São Luís, e qual a relação desta com a perda da qualidade de vida dos mesmos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações políticas na área da saúde, buscando atender às demandas desta população que envelhece.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido respeitando as normas estabelecidas na resolução 196-96 do conselho nacional de saúde de 10-10-1996 com relação à realização de pesquisas em seres humanos, com o protocolo de número 0075/2008 UCB/VREPGPE/COMEP/PROCIMH onde as voluntárias bem como a instituição onde se realizou a pesquisa, de comum acordo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, quantitativo, transversal, e analítico para análise dos parâmetros dor e qualidade de vida.

O local escolhido para a pesquisa foi o centro de atenção integral a saúde do idoso, localizado na Rua Salvador de Oliveira, quadra N, casa 12, Sítio Leal, Filipinho, na cidade de São Luís-Ma.

Num universo composto por mulheres acima de 60 anos, portadoras ou não de dor crônica, os critérios metodológicos eleitos para o estudo foram uma seleção aleatória da amostra através do sorteio de 100 fichas de idosas atendidas no local constituindo um grupo amostral de 64 idosas com faixa etária de 60 a 75 anos, o que constitui a base para as operacionalizações da pesquisa em si.

Todas estavam vinculadas ao local do estudo e caracterizando a realização universal (universo da pesquisa) estava o fato de que as mulheres atendidas neste centro vieram de várias partes e bairros da cidade de São Luís-Maranhão.

Foram incluídas todas as freqüentadoras do centro que quiseram participar do estudo voluntariamente e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: Mulheres acima de 60 anos, freqüentadoras regulares do centro, com capacidade cognitiva e interesse para responder fidedignamente os questionários e testes utilizados no estudo.

Quanto aos critérios de exclusão foram considerados: Mulheres abaixo da faixa etária estabelecida, e/ou que não possuíssem capacidade cognitiva para responder com fidedignidade os questionários e testes utilizados no estudo ou ainda as que se negassem a responder a qualquer um dos questionários ou qualquer dos itens que o compuseram.

A pesquisa foi realizada por meio de três etapas avaliativas, cada uma com suas especificidades, a saber:

1ª Etapa: Entrevista para apresentação e explicação do estudo e assinatura do TCLE;

2ª Etapa: Aplicação dos testes dividida em duas fases:

a) Aplicação do teste de dor por escala analógica visual de onze pontos que consiste em uma linha reta, de 10 cm, que representa o contínuo dor, ancorada pelas palavras *sem dor* e *pior dor*. Nela se solicita que a participante marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida naquele momento. O observador mede, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras *sem dor* e a marca feita pelo paciente, que corresponde à intensidade de sua dor (ANDRADE; FERREIRA; SOUSA, 2006).

b) Aplicação do questionário (WHOQOL-OLD) da organização mundial de saúde.

A 3ª Etapa constituiu-se na análise dos dados: O levantamento, a consolidação, a tabulação e a análise dos dados, foram realizadas através de uma análise estatística nas variáveis dor e qualidade de vida onde se utilizou técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, através do uso do teste t-Student, do teste qui-quadrado (para tabelas de contingências 2x2), ao nível de 5% de significância (um valor-p < 0,05 é um resultado significativo indicando a decisão de se rejeitar a hipótese nula (Ho), para cada teste aplicado neste trabalho.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Dor é sintoma de alerta, comum nas enfermidades relacionadas ao envelhecimento e com impacto negativo na vida das pessoas. Em sendo assim, o presente estudo objetivou analisar a correlação entre estas duas variáveis apontando para os seguintes resultados:

Tabela 1 - Distribuição da frequência do sinal dor, considerando sua manifestação com queixa; ausência ou dor suportável, sem queixa; segundo a faixa etária das mulheres investigadas.

Sinal de dor	Faixa Etária 60 a 70 anos	f (%)	Faixa Etária Maiores de 70 anos	f (%)	(p)
Sem dor, com dor suportável, sem queixa	07	10,94	06	9,37	<0,0001
Com dor e queixa	38	59,37	13	20,32	

Na Tabela 1 foram sinalizados os resultados referentes à idade das amostras e índice de dor, na qual se percebeu que das 64 mulheres analisadas, 51 apresentavam queixa de dor. Ficaram determinados maiores frequências em pacientes com queixa de dor, na faixa etária que compreende 60 a 70 anos e maiores de 70 anos, respectivamente (N=38; 59,37%); (N=13; 20,32). Em análise estatística, realizada com teste Qui-quadrado de uma amostra para resultados esperados desiguais indicativos do sinal de dor e sua relação com a faixa etária ficou estabelecido um p< 0, 0001, portanto podemos afirmar que existe uma relação de dependência altamente significativa entre a faixa etária e a presença ou ausência do sinal de dor, nas mulheres investigadas.

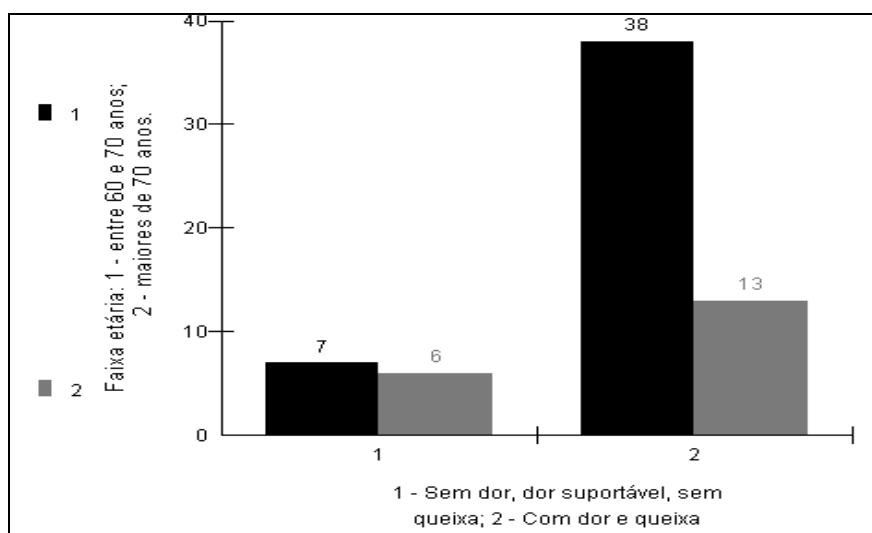


Figura 1 - Distribuição da frequência do sinal dor, considerando sua manifestação com queixa; ausência ou dor suportável, sem queixa; segundo a faixa etária das mulheres investigadas

A Alta prevalência de dor na população idosa segundo Andrade, Ferreira e Sousa (2006) geralmente encontra-se associada a desordens crônicas, particularmente doenças musculoesqueléticas que contribuem para o aumento das queixas álgicas nesse grupo etário. Isto pôde ser percebido durante o presente estudo visto que todas as mulheres analisadas que apresentaram queixa de dor relacionaram-na a origem músculo esquelética. Os resultados alertam para o fato de que Dor em indivíduos idosos é um serio problema, que necessita ser mensurado, diagnosticado e tratado.

Em estudos como os de Lacerda et al. (2005) a dor crônica configurou-se em um diagnóstico frequente em idosos, os fatores relacionados geralmente se referiam ao processo de envelhecimento mal sucedido ou patologias características desta faixa etária. Outro estudo mais recente de Soares e Silva (2009) detectou também a alta prevalência de dor nesta população e a interferência desta na perda da autonomia funcional de indivíduos com idade mais elevada. Esses dados são concomitantes com nossos achados que apontaram para um índice significativo da presença de dor visto que das 64 mulheres avaliadas 51 apresentaram esta queixa.

Autores como Dellaroza, Pimenta e Matsudo (2007) alertam através de seus achados que a dor crônica, como uma doença e não um sintoma pode ter consequência também na qualidade de vida. Fatores como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a caso de dor crônica. Ao aplicar o mesmo questionário de qualidade de vida usado pelo referido autor nos deparamos com os seguintes achados:

Tabela 3 - Distribuição da frequência de mulheres, conforme facetas e amplitude mínima estabelecida (igual a escore 16) do protocolo (WHOQOL-OLD,2005), sua relação com a faixa etária da população investigada

Facetas	F25	f	F26	f	F27	f	F28	f	F29	f	F30	f	(p)
		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
Faixa etária													
/													
Amplitude													
60—70anos													

< 10											13	20,3	<0,0001
10 a 15	20	31,2	27	42,2	17	26,6	15	23,4	18	28,2	21	32,9	
15 a 20	25	39,1	18	28,1	28	43,7	30	46,9	27	42,2	11	17,2	
> 20													
≥70 anos													
< 10			01	1,6							07	10,9	<0,0001
10 a 15	13	20,3	12	18,7	08	12,5	09	14,1	07	10,9	07	10,9	
> 20	06	9,4	06	9,4	11	17,2	10	15,6	12	18,7	05	7,8	

Legenda: F25=Habilidades sensoriais, F26=Autonomia, F27=Atividades passadas, presentes e futuras F28=Participação social, F29=Morte e morrer , F30=Intimidade

Na Tabela 3, ficaram determinado maiores freqüências entre 60 e 70 anos, respectivamente faceta 26, com amplitude 10 a 15 (N=27; 42,2%) e, faceta 28, com amplitude 15 a 20 (N=12; 18,7%). Com 70 ou mais anos, faceta 25 e 29 respectivamente, com amplitude 10 a 15 e 15 a 20 (N=13; 20,3%); (N=12; 18,7%). Em análise estatística, realizada com teste qui-quadrado indicativo do sinal de dor e qualidade de vida, com a faixa etária, ficou estabelecido um $p < 0,0001$, nos dois momentos (entre 60—70anos e, ≥70 anos), portanto podemos afirmar que existe uma relação altamente significativa entre a idade e a presença ou ausência do sinal de dor indicativo de qualidade de vida nas mulheres investigadas.

Segundo Dellarozza, Pimenta e Matsudo (2007), a dor crônica, como uma doença e não um sintoma pode ter conseqüência na qualidade de vida. Fatores como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a caso de dor crônica. Essas afirmações correspondem aos nossos achados que encontraram índices de qualidade de vida extremamente baixos nas idosas com queixa de dor.

Os estudos de Dellarozza, Pimenta e Matsudo (2007) e Andrade, Ferreira e Sousa (2006) assim como este demonstraram que a dor foi frequente e com características capazes de comprometer a qualidade de vida dos idosos levando-se a acreditar que a dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade vida do individuo idosos, pois limita suas habilidades sensoriais, compromete a autonomia, interfere na qualidade de atividades passadas, presentes e futuras, compromete negativamente sua participação social, ressalta sentimentos de medo de morte e morrer , compromete relações de intimidade favorecendo o estresse e o isolamento social, itens avaliados pelo questionário de qualidade de vida desta pesquisa.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo conseguiu detectar um alto índice de dor crônica em uma população de idosas, pertencentes a um grupo de convivência em um setor publico da cidade de São Luis, enquanto que simultaneamente correlacionou-o ao baixíssimo grau de qualidade de vida dessas idosas. A partir disto forneceu dados para o planejamento de medidas visando à prevenção e controle da dor crônica, seja em âmbito publico ou privado, seja na área sanitária individual ou coletiva, principalmente quando esta atinge a população idosa já tão sofrida pelas fragilidades da retrogenese. Alerta-se para a necessidade de um maior numero de pesquisas relacionadas a esta população que cresce mundialmente e clama por uma vida digna que faça valer seus direitos, já que tantos deveres fora-lhes cobrado através do tempo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. A.; FERREIRA L.V.; SOUSA F.A.F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006.

- BARR, J. O. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CASTRO, K. V. B.; SILVA, A. L. S.; SILVA, V. F. Fisiomotricidade de intensidade adequada a limiares de dor: eficácia sobre o ganho de massa óssea de idosas osteoporóticas. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 9, p. 315-321, 2008.
- CHIBA, T. Dor e tratamento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUDO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, maio 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados preliminares do censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2009.
- KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo das variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivo Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 12b, p. 416-425, 2003.
- LACERDA, P. F. et al. **Estudo da ocorrência de dor crônica em idosos de uma comunidade atendida. Pelo programa saúde da família em Goiânia**. Revista de enfermagem, v. 7, n. 1, p. 29-40, 2005.
- MORENO, J. R. A teoria moderna da dor e suas conseqüências práticas. **Prática Hospitalar**, ano 6, n. 35, set./out. 2004.
- PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físicos, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./apr. 2006.
- PEREIRA, S. R. M. **Repercussões sócio-sanitárias da “epidemia” das fraturas de fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.
- SANTOS, C. C. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiatr**, v. 13, n. 2, p.75-82, 2006.
- SOARES, K. V. B. C.; SILVA, V. F.; Fisiomotricidade em dor, autonomia funcional e massa óssea de idosas osteoporóticas. **Motriz: Revista de Educação Física**. UNESP, Rio Claro, v. 15, n. 2, p. 273-283, abr./jun. 2009.
- SOUZA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-47, maio/jun. 2002.

Autor correspondente:

Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares

Avenida dos Holandeses, Quadra 28, nº 01, Apt. 201. Ed. Península Soares. Bairro: Ponta da Areia. São Luis-Ma. CEP: 65075-650

Fones: 98-32278536 e 98-88051314

Karla1441@yahoo.com.br