

Dor em idosos hospitalizados com comprometimento osteomuscular

Pain in hospitalized elders with musculoskeletal dysfunction

Célia Maria de Oliveira¹, Daclé Vilma de Carvalho², Selme Silqueira de Matos², Sônia Maria Soares³, José Augusto Malheiros⁴, Aluizio Augusto Arantes Jr⁵

DOI: 10.5935/2238-3182.20130006

RESUMO

O processo de envelhecimento está comumente relacionado à alta incidência de alterações osteomusculares, que levam a alto nível de dependência e são acompanhados por dor. **Objetivo:** analisar e descrever aspectos relacionados à dor em idosos internados em hospital de grande porte com alterações osteomusculares. **Método:** estudo descritivo, quantitativo, realizado com 108 pacientes com alterações osteomusculares, internados em unidade de clínica médica de hospital geral de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Resultados:** as fraturas foram as principais causas de dor, seguidas pelas metástases ósseas e doenças degenerativas. Evidenciou-se alta prevalência de dor aguda, classificada como forte a pior dor imaginável, no grupo das fraturas e metástases ósseas. A combinação de medidas farmacológicas, como administração de analgésicos e não farmacológicas, como a aplicação de compressas e trocas de curativos, foi a que mais aliviou a dor dos idosos. A assistência médica e a assistência de enfermagem foram descritas como agravantes da dor pela manipulação indevida e não planejada. **Conclusão:** a atenção médica e os cuidados de enfermagem devem ser individualizados e planejados de modo a obter conforto e alívio da dor aguda nos pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: Dor; Dor Aguda; Idoso; Saúde do Idoso; Pacientes Internados.

ABSTRACT

The aging process is commonly associated with high rates of musculoskeletal dysfunction that lead to high levels of dependence and pain. Objective: To analyze pain related aspects in hospitalized elderly patients with musculoskeletal abnormalities. Method: This is a quantitative, descriptive study performed with 108 elderly patients with musculoskeletal abnormalities admitted in a general medical unit of a hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Results: Fractures were the main cause of pain, followed by bone metastasis and degenerative diseases. High prevalence of acute pain, classified as strong or the worst pain imaginable, was observed in the fracture and bone metastasis group. The combination of pharmacologic measures, such as administration of analgesics, and non-pharmacologic measures, such as the application of dressings and bandage replacement, were the most pain relieving measures according to patients. Conversely, medical and nursing care were reported as worsening the pain, due to unplanned or inappropriate handling. Conclusion: Medical and nursing care must be individualized and planned in order to alleviate acute pain and increase comfort in hospitalized patients.

Key words: Pain; Acute Pain; Aged; Health of the Elderly; Inpatients.

¹Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

²Enfermeira. Professora Adjunta da EEUFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³Enfermeira. Professora Associada da EEUFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴Médico. Doutorando da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵Médico. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 07/03/2012

Aprovado em: 10/07/2012

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:

José Augusto Malheiros
E-mail: zeugusto@globos.com

INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos de mais impacto na humanidade é o envelhecimento da população mundial e o aumento de esperança de vida.¹ Até o final deste século, a expectativa de vida da população terá aumentado 20 anos. A longevidade, juntamente com a queda da natalidade, ocasiona progressivo e significativo envelhecimento da população mundial.²

A expectativa média de vida, no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³, elevou-se em 3,3 anos entre 1980 e 2003. Em 1998 era de 69,66 anos e em 2008 passou para 72,86 anos. Com o avançar da idade, aumenta a taxa de prevalência de doenças crônicas⁴. Em 2009³, 9,3% dos indivíduos com idade até 14 anos apresentavam doenças crônicas, enquanto 69,3 e 80,2% dos homens e mulheres idosos, respectivamente, possuíam doenças crônicas. Estima-se que em 2020 essas doenças serão a quarta causa de incapacidade entre idosos.⁶

O aumento na incidência de doenças incapacitantes resulta em dependência e estas são agravadas pelas queixas de dor.⁷

A dor pode ser manifestação de doença grave e ter repercussões funcionais e psicossociais significativas, como anormalidades do sono e do apetite, redução da movimentação, imobilismo, restrições das atividades de vida diária, alterações do estado de humor, da libido e depressão.⁸

A alta prevalência de dor em idosos associa-se a desordens crônicas e degenerativas, particularmente as doenças musculoesqueléticas, como artrites e osteoporose. Além disso, o aumento da prevalência de câncer, a história de intervenções cirúrgicas, úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas de dor nesse grupo etário.⁹

A queixa de dor é duas vezes mais comum entre pessoas com mais de 60 anos de idade do que nas com menos.¹⁰ A dor em idosos é problema de saúde pública, necessita ser avaliada e devidamente tratada pelos profissionais de saúde no intuito de minimizar a morbidade e melhorar a qualidade de vida, notadamente em ambiente hospitalar.¹¹

OBJETIVO

Analisar e descrever aspectos relacionados à dor em idosos hospitalizados com alterações osteomusculares.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, desenvolvido no setor de Clínica Médica, de hospital geral, de grande porte, de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.

Nos setores de clínica médica do hospital havia 586 pessoas internadas. Dessas, 189 (32,3%) tinham 60 anos ou mais, consideradas idosas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento.

Participaram do estudo pacientes de ambos os sexos, internados pelo serviço de ortopedia devido a alterações osteomusculares, com relato de dor e sem comprometimento cognitivo. Com base no Miniexame do Estado Mental (MEEM) proposto por Folstein *et al.*¹² foram considerados sem déficit cognitivo os indivíduos que apresentavam escores entre 24 e 30. Diante desses critérios, a amostra do estudo foi constituída por 108 (57,0%) pacientes.

O estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo do estudo, protocolo nº 253/08, e a assinatura pelo paciente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por uma enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem. Foi respeitada a Resolução 196/96 do CSN que regulamenta as pesquisas com seres humanos.

A coleta dos dados foi realizada em prontuários para caracterizar a população quanto ao sexo, à idade e aos acometimentos osteomusculares. Foi realizada entrevista com o paciente para avaliar características da dor. Para avaliação da intensidade da dor foi aplicada verbalmente a Escala Numérica^{13,14} com os seguintes intervalos: 0 – ausência de dor; 1 a 3 dor leve; 4 a 6 dor moderada; 7 a 9 dor forte; e 10, a pior dor imaginável.

Os dados foram tratados com base em estatística descritiva.

RESULTADOS

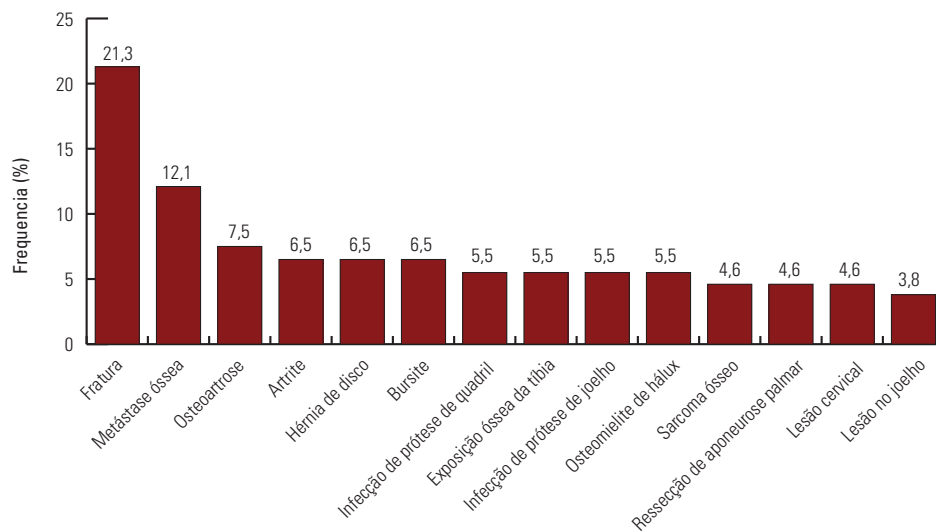
A população idosa internada no hospital, campo do estudo, representou 32,3% do total de pessoas internadas em unidade de clínica médico-cirúrgica. Suas características estão apresentadas na Tabela 1.

Em 52,8% dos idosos do sexo feminino a idade variou de 60 a 89 anos, sendo que 47% estavam na faixa etária de 60 a 70 anos.

As causas de comprometimentos osteomusculares em idosos estão discriminadas na Figura 1.

Tabela 1 - Distribuição de pacientes idosos, segundo faixa etária e sexo, internados em clínica médica, de hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, Brasil

Faixa etária (anos)	Masculino			Feminino			Total	
	n	%	%	n	%	%	n	%
60-70	27	52,9	54,0	23	40,3	46,0	50	100/47,2
71-80	11	21,6	44,0	14	24,6	56,0	25	100/25,9
81 +	13	25,5	39,4	20	35,1	60,6	33	100/26,9
Total (108)	51	100	47,2	57	100	52,8	108	100

**Figura 1** - Comprometimentos osteomusculares apresentados pela população de pacientes idosos internados em clínica médica de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, Brasil.

Entre os comprometimentos osteomusculares, as fraturas representaram mais ocorrência (21,3%) e o segundo comprometimento mais frequente foi a metástase óssea (12,1%). A osteoartrose foi diagnosticada em 7,5% dos pacientes.

A classificação da dor quanto ao tipo, intensidade e características está apresentada na Figura 2.

Neste estudo, a dor crônica foi definida como evolução por mais de três meses^{7,8} e foi observada em 36,1% da população estudada. A dor foi classificada por 67,6% dos pacientes como forte ou pior dor imaginável, sendo que 62,0% a descreveram como em pontada e 23,1% em choque. Para os demais pacientes (14,8%) a dor apresentou forma diversificada como queimação, ardência, comprimindo, tipo câimbra. Na Tabela 2 estão discriminadas as maneiras utilizadas pelos pacientes para expressar a dor de acordo com o sexo.

Os fatores relacionados pelos pacientes à piora da dor estão apresentados na Tabela 3.

Entre os pacientes do estudo, 21,3% mencionaram o transporte como fator de piora da dor. A movimentação no leito ou para locomoção foi o fator que mais agravou a dor (57,4%) dos pacientes idosos com problemas osteomusculares.

Os fatores que promovem a melhora da dor, de acordo com a opinião dos pacientes, estão apresentados na Tabela 4.

O fator de melhora da dor, citado pelo maior número de pacientes, foi administração de medicamentos analgésicos. Os demais fatores referem-se a ações ou procedimentos de enfermagem como execução de curativos e aplicações quentes.

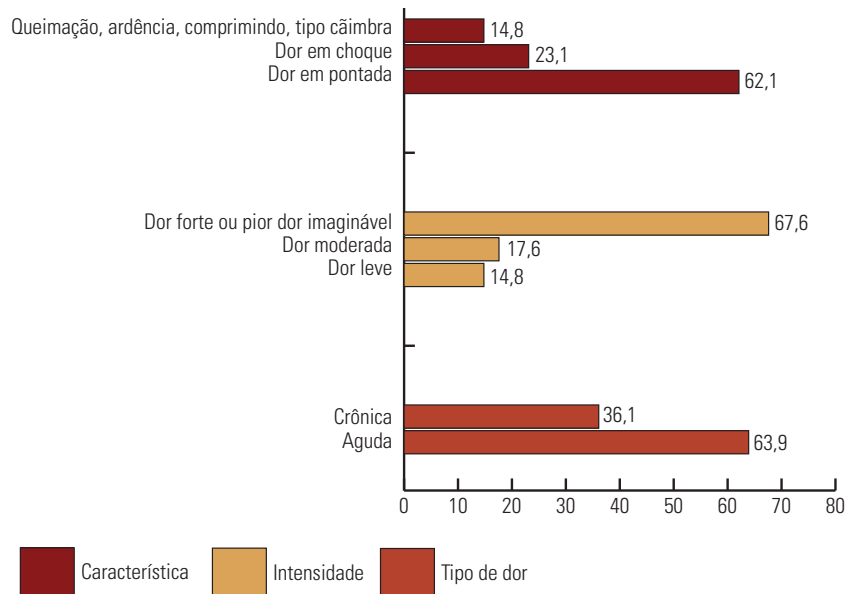


Figura 2 - Características da dor apresentada pelos pacientes idosos internados em clínica médica de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, Brasil.

Tabela 2 - Maneiras utilizadas pelos pacientes para expressar a dor, de acordo com o sexo, apresentadas pelos pacientes de clínica médica de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, Brasil

Maneiras utilizadas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agressividade	35	68,6	18	31,6	53	49,1
Choro	-	-	19	33,3	19	17,6
Inquietação	16	31,4	11	19,3	27	25,0
Outros	-	-	9	15,8	9	8,3
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

*p-valor<0,001 (Teste Qui-Quadrado Via Simulação Monte Carlo).

Tabela 3 - Fatores que pioram a dor, percebidos pelos pacientes idosos internados em clínica médica de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, Brasil

Fatores de piora da dor	n	%
Movimentação no leito	39	36,1
Realização de procedimentos e cuidados	31	28,7
Transporte	23	21,3
Não souberam explicar	15	13,9
Total	108	100,0

DISCUSSÃO

No Brasil, os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários.¹⁶

Tabela 4 - Principais fatores de melhora da dor apresentadas pelos pacientes idosos internados em clínica médica de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, Brasil

Fatores de melhora da dor	n	%
Medicação analgésica	37	34,3
Procedimentos cirúrgicos	31	28,7
Curativos	19	17,6
Compressas quentes	12	11,1
Não souberam explicar	9	8,3
Total	108	100

O percentual da população idosa estudada internada (32,3%) foi semelhante ao encontrado por Brito⁶ em hospitais públicos de São Paulo (31,8%) e por Motta¹⁷ (31,8%) no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2001. Embora se verifique, em diferentes momentos e contextos, que o percentual de internação de pessoas idosas praticamente não variou.

A maioria dos idosos era do sexo feminino (52,8%), com idade entre 60 e 89 anos, sendo que 47% estavam na faixa etária de 60 a 70 anos. Os homens internam com mais frequência em relação às mulheres, por utilizarem menos os serviços de atenção primária e secundária à saúde. Por esse motivo, na faixa etária acima de 80 anos, observa-se predomínio feminino em decorrência da maior expectativa de vida das mulheres.^{17,18} Neste estudo, houve predomínio de

internação de mulheres na faixa etária abaixo e acima dos 80 anos de idade.

As causas de comprometimentos osteomusculares em idosos são diversas^{10,14,19}, sendo que as fraturas representaram mais ocorrência, o que pode estar relacionada ao envelhecimento dos órgãos e sistemas, deterioração funcional, diminuição do metabolismo ósseo e da massa muscular.¹ O equilíbrio e a marcha dependem de complexa interação entre as funções nervosas, osteomusculares, cardiovasculares e sensoriais, além da capacidade de adaptação rápida às mudanças ambientais e posturais. Com o envelhecimento, o controle do equilíbrio se altera causando instabilidade na marcha, o que, associado à interação de vários fatores ambientais e do próprio indivíduo, pode resultar em quedas,^{20,4} fraturas e perda da capacidade funcional.

Pacientes com câncer avançado manifestam múltiplas dores, sendo 67% causados pela doença e 25% resultantes do seu tratamento.²¹ O risco de desenvolver câncer aumenta drasticamente com a idade e cerca de 80,0% dos doentes idosos com câncer têm dor substancial, causada principalmente por metástases ósseas.^{10,21} A segunda causa de dor apurada neste estudo foi a provocada por metástase óssea seguida pela osteoartrite. As doenças articulares degenerativas, como osteoartrite ou osteoartrite, são formas comuns da doença articular. De modo geral, após os 30 e 35 anos, 50% das pessoas apresentarão alterações articulares degenerativas que predis põem à osteoartrite e, após a quinta década de vida, elas estarão presentes em quase toda a população.²² As artropatias produzem dores em repouso à palpação ou à mobilização e podem associar-se a sinais inflamatórios como edema, calor, rubor e derrame. A evolução crônica de tais sinais inflamatórios resulta em rigidez, perda da mobilidade, deformidade, amiotrofia e dor.²³

Embora não haja cura para a osteoartrite, a definição de um protocolo terapêutico para cada paciente pode prevenir ou corrigir problemas da morfologia, aliviar os sintomas, melhorar a capacidade funcional e, fundamentalmente, a qualidade de vida.²⁰

A dor crônica definida neste estudo, como duração de mais de três meses de evolução^{7,8} foi registrada em 36,1% da população estudada. A mais alta frequência da dor aguda (63,9%) pode estar relacionada às fraturas e metástases ósseas. A dor em idosos é, na maioria das vezes, caracterizada como constante, de intensidade moderada a intensa.²⁴ Neste estudo, ela foi classificada em 67,6% das vezes como forte ou pior dor imaginável. A dor foi descrita pela maioria dos pacientes como em pontada e a seguir como em choque, em queimação,

ardência, comprimindo, tipo câimbra, que são manifestações de dor nociceptiva e dor neuropática. O reconhecimento da natureza multidimensional da dor levou ao acentuado interesse na compreensão das diferenças individuais que podem influenciar o processamento da informação dolorosa, permitindo que se considerasse o sexo como potencial variável envolvida.¹¹ Segundo Andrade¹¹, os homens e as mulheres lidam de modo diferente com o estresse e a dor pode, certamente, ser definida como agente estressor. Os homens mostram-se inclinados²⁵ a usar estratégias ativas de enfrentamento da dor¹¹, à diferença das mulheres que tendem a usar estratégias centralizadas na emoção e a buscar suporte emocional e a culpar-se por elas. Os resultados deste estudo confirmam esses dados, pois a agressividade (66,0%) e inquietação (59,3%) foram mais expressivas entre homens e o choro (82,6%) entre as mulheres. A subjetividade da experiência dolorosa implica que as crenças do indivíduo, bem como as suas estratégias de enfrentamento, podem contribuir para a manutenção, exacerbação ou atenuação da percepção da dor ou do comportamento expresso em resposta à dor. Contudo, as diferenças de enfrentamento entre homens e mulheres devem ser analisadas com cautela.¹¹

Durante a internação, os pacientes estão sujeitos a várias situações e fatores que podem influenciar na piora ou melhora da dor. É comum que idosos com comprometimentos osteomusculares submetam-se a procedimentos que exigem movimentação e provocam ou agravam sua dor. A movimentação no leito, cuidado fundamental para a prevenção de úlceras por pressão, problemas circulatórios, entre outros, foi citada por elevado número de pacientes (36,1%) como fator de piora da dor. Alguns cuidados como banho de aspersão, realização de exames ou tratamentos em outros setores exige locomoção do paciente que mesmo sendo realizada em cadeira de rodas ou maca provoca ou intensifica a dor. Neste estudo a movimentação no leito ou para locomoção foi o fator que mais agravou a dor (57,4%). A realização de procedimentos médicos e os cuidados de enfermagem podem exacerbar a dor, já que exigem movimentação passiva ou ativa do paciente, o que potencializa os estímulos dolorosos. Por isto, é importante que os profissionais envolvidos na realização desses procedimentos estejam atentos para a utilização de recursos terapêuticos que podem minimizar a dor física, tais como a massagem local, técnicas de relaxamento e até mesmo o toque terapêutico. Essas tecnologias leves de cuidado têm uso reduzido na atenção hospitalar, apesar dos

avanços nessa área de conhecimento. A organização, planejamento do cuidado e disponibilização de recursos tecnológicos de diferentes modalidades são essenciais para minimizar a dor durante a assistência.

O fator responsável pela melhora da dor, citado por representativo número de pacientes, foi a administração de medicamentos analgésicos. É importante destacar que no ambiente hospitalar as intervenções para promover o conforto e a segurança do paciente, ou seja, modalidades de cuidado não farmacológicas, que deveriam estar registradas como iniciativas primordiais para diminuição dos estímulos de dor, ainda são pouco referenciadas pela equipe. É possível que a primeira intervenção de cuidado aos idosos com dor seja a administração de analgésicos em vez de outros recursos terapêuticos não farmacológicos.

Esses achados reforçam a necessidade de combinar modalidades de tratamento (farmacológico e não farmacológico) para obtenção de efeito sinérgico. Entretanto, outros estudos são necessários para determinar as ações ou cuidados mais eficazes no manejo da dor persistente em adultos idosos.

CONCLUSÕES

A análise dos aspectos relacionados à dor em idosos com alterações osteomusculares acrescentou dados para o manejo da dor em ambiente intra-hospitalar. A combinação de medidas farmacológicas, como administração de analgésicos e não farmacológicas, a aplicação de compressas e trocas de curativos, foi a que mais aliviou a dor dos pacientes idosos. Por outro lado, a assistência médica e de enfermagem podem exacerbar a dor e devem ser planejadas e individualizadas.

Torna-se essencial que a avaliação de dor em pessoas idosas seja ampla e aprofundada, no intuito de compreender a sua origem e magnitude e implementar medidas de tratamento voltadas para as necessidades dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Litvoc J, Brito FC, organizadores. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Araujo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Envelhec*. 2000 fev; 3(3):7-19.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sociodemográficos. Rio de Janeiro; 2009.
4. Maciel A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(4):554-7.
5. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003 jun; 19(3):725-33.
6. Woolf AD, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ* 2001 May; 322(7294):1079-80.
7. Epps CD. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatr Nurs*. 2001 Mar-Apr; 22(2):71-7.
8. Teixeira MJ, Pimenta CAM. Síndromes dolorosas. *Rev Med São Paulo*. 1995 ago-set; 74(2): 65-6.
9. Kedziera PL. Easing elders' pain. *Holist Nurs Pract*. 2001 Jan; 15(2):4-16.
10. Gomes JCP. Dor no idoso. In: Teixeira MJ. *Dor manual para clínico*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.423-47.
11. Andrade MP. Gênero e dor. In: Figueiró JAB, Angelotti G, Pimenta CAM, editores. *Dor e saúde mental*. São Paulo: Atheneu; 2005. p.79-84.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov; 12(3):189-98.
13. Herr KA, Mobily PR, Kohout FJ, Wagenaar D. Evaluation of the faces pain scale for use with the elderly. *Clin J Pain*. 1998 Mar; 14(1):29-38.
14. Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs*. 2000 Mar; 1(1):13-21.
15. Cavalcanti MGP, Saad PM. Os idosos no contexto da saúde pública. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, organizador. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1990. p.181-205.
16. Brito FC, Ramos, LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Netto MP. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
17. Motta LB. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. *Textos Envelhec*. 2001; 3(6):47-77.
18. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres? Rio de Janeiro: IPEA; 2002. Texto para Discussão, 883.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção à saúde do idoso: instabilidade postural e queda*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
20. Riggs BL, Melton LJ. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone*. 1995 Nov; 17(Suppl 5):505S-11S.
21. Davis MP, Srivastava M. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs Aging*. 2003; 20(1):23-57.
22. Rebelatto JR, Morelli JGS. *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole; 2004.
23. Quaresma MR. Dor nas doenças inflamatórias. In: Teixeira MJ. *Dor: manual para clínico*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.251-68.
24. Yeng LT, Teixeira MJ. Tratamento multidisciplinar dos doentes com dor crônica. *Prat. Hosp*. 2004 set/out; 35:21-4.
25. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc Latinoam*. 2001 mar; 2(2):67-79.