



9º Seminário de Extensão

A DOR COMO QUEIXA PRINCIPAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Autor(es)

MÁRCIO A. ANTUNES DA SILVA

Co-Autor(es)

BRUNA M.A. CHIARION
MARIA IMACULADA L. MONTE BELO
REGINA MARIA R. SIMÕES
RUTE E. TOLOCKA

Orientador(es)

Marília Mantovani Sampaio Barros

Apoio Financeiro

FAE

1. Introdução

O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual, cuja característica principal é acentuada perda da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida. O envelhecimento é um fenômeno do processo de vida que é marcado por alterações fisiológicas, sociais e psicológicas. As principais alterações fisiológicas segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia são: Diminuição da sensibilidade vibratória e propriocepção Diminuição da força muscular Declínio da função vestibular Prejuízo da visão e audição Alteração na pressão sanguínea e postural Fraqueza generalizada Imobilidade osteoarticulares Aumento do tempo de reação às situações de perigo Sedentarismo Segundo PAULA, 2000, o progressivo cerceamento da capacidade homeostáticas que ocorre durante o processo de envelhecimento esta relacionado com declínios funcionais que são considerados normais para a idade, mas que colocam os indivíduos em maior risco de instabilidade postural, quedas e suas complicações. As alterações consideradas fisiológicas são muitas e tem implicação clínica. Segundo SAMPAIO BARROS, 2005 as maiores patologias encontradas nos idosos, principalmente os institucionalizados são as patologias ortopédicas e reumatológicas. Os sinais e sintomas das doenças ortopédicas e reumatológicas são: rigidez, edema, crepitação, bloqueio, instabilidade, fraqueza e sintomas neurológicos. (CORRIGAN, 2000). O processo de senescência acarreta modificações progressivas da matriz proteica dos ossos longos e dos

corpos vertebrais, com repercussão sobre as medidas antropométricas. O declínio estatural que se observa nas idades mais avançadas é provocada pelo encurtamento da coluna vertebral, e virtude do colapso osteoporótico, acrescenta-se a isso, com frequência, a cifose dorsal e a tendência a flexão dos joelhos e da quadril (AMANCIO, 1975). Isso acarreta em alterações de toda a estrutura músculo-esquelética, essas alterações poderão refletir em fatores como a capacidade funcional, as atividades de vida diária e pior, podem levar a problemas psicológicos. “Podemos afirmar que o estado mental da senescência depende, por um lado, estritamente das condições atuais, principalmente da saúde física e da situação social” (AMANCIO, 1975). Esses fatores vem comprovar a importância da avaliação e detecção das patologias e alterações posturais, para que possamos eliminar ou reduzir as queixas e assim proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida.

2. Objetivos

Esse estudo tem como objetivo ressaltar a importância da detecção da principal queixa em uma avaliação fisioterapêutica bem detalhada e sua relação com as patologias e alterações posturais em idosos institucionalizados.

3. Desenvolvimento

Participaram do projeto idosos moradores do Lar dos Velinhos de Piracicaba, que voluntariamente se inscreveram em um projeto de extensão de dança e desenvolvimento com idosos institucionalizados que possuem condições clínicas adequadas para a prática motora, observada através de uma ficha adaptada sobre condições iniciais propostas por Tavares et al (1995). Os idosos inscritos e aprovados para o projeto de dança foram convocados para uma ficha de avaliação fisioterapêutica que se iniciava com os dados pessoais de cada idoso, diagnósticos clínicos e de incapacidade, história da moléstia atual e pregressa, descrição das condições de saúde, situação atual, histórico com antecedentes familiares e pessoais através de relatos colhidos nas entrevistas e dos prontuários da instituição que contém a história de saúde de cada idoso. Seguiram-se a avaliação com inspeções visuais, palpções, testes especiais e sinais vitais. Finalizando com uma análise postural com vista anterior, posterior e lateral que foi avaliada e fotografada com consentimento de cada um, detectando assim todas as alterações posturais individuais, segundo HOPPENFIELD (2005). Realizou-se a análise de associação entre os diferentes fatores através do teste de Pearson considerando-se o nível de 0,05 de significância. Para apresentar os resultados foi utilizado o método estatístico descritivo ou seja tabelas de frequências e gráficos. Os dados foram processados com o uso do SPSS 10.0.

4. Resultados

Os resultados desse projeto foram analisados através do cruzamento estatístico de todos os dados coletados na avaliação física. Os dados estatísticos que tiveram significância mostraram que as queixas apresentadas pelos pacientes com problemas reumatológicos se sobressaiu a dor (100%), já os pacientes portadores de doenças vasculares se queixaram de dor (50%) acompanhado quase sempre de fraqueza muscular generalizada (37.5%) representada pela tabela 1.

Ao cruzarmos as queixas com as alterações posturais dos idosos, observamos que 77,8 % dos pacientes com alterações posturais no pé e no tornozelo se queixavam de dor como mostra a tabela 2.

Foram analisadas também outras associações, como as patologias e as alterações posturais com IMC (Índice de massa corporal), sexo, idade, profissão, moradia, raça, quedas, alterações posturais e escolaridade. Porém eles não tiveram dados estatísticos significativos.

A principal queixa dos pacientes com patologias reumatológicas foi a dor, que é considerada o sintoma principal desses tipos de patologia segundo inúmeros autores, “Doenças reumatológicas e ortopédicas são as patologias predominantes na população idosa institucionalizada atendida pela fisioterapia no Brasil” (Sampaio Barros, 2006). “Os mecanismos fisiológicos da dor reumatológica envolvem conceitos de sensibilização periférica e neuroplasticidade na perpetuação da dor, com ação através de mediadores

bioquímicos nas vias nociceptivas. Podem-se estabelecer correlações entre inflamação, dor e status psicológico. A inflamação persistente contribui para a continuidade do ciclo de dor, gerando hipersensibilidade”. “A dor aumenta com o estresse psicológico, que é capaz de induzir aumento de citocinas inflamatórias.” (PAIVA, 2006). As alterações posturais de pé e tornozelo presentes dos idosos avaliados são: Hálux abduzido ou aduzido, pé cavo, pé plano, tornozelo valgo ou varo, a relação com a dor é explicada por CORRIGAN, 2000 que diz que as deformidades do pé principalmente as decorrentes de deformidades valga do antepé, nos quais há alterações da função do fibular longo, estão associadas a dor recorrente e disfunção do comprometimento lateral da articulação do tornozelo. Quase todos os idosos avaliados apresentavam o hálux valgo, “a dor nesses pacientes pode decorrer de joanete inflamado, os sintomas decorrentes de dor sob as cabeças metatarsais mais laterais podem dever-se a distribuição desigual do peso ou a neuropatia por compressão do nervo digital plantar”, já a dor plantar pode ser o sintoma de apresentação em pacientes com pé plano ou cavo” (CORRIGAN, 2000).

5. Considerações Finais

Vale ressaltar que devido ao tempo de projeto e tamanho da avaliação que foi bem detalhada, mais estudos são necessários para considerar a dor como padrão nas queixas em idosos, pois o numero de indivíduos avaliados por nós foi pequeno, causa pela qual os outros cruzamentos não tiveram dados estatísticos significativos. Porém os resultados encontrados demonstraram que a dor pode estar relacionada com diferentes aspectos, nesse caso com as patologias que eles apresentavam (a maioria doenças reumatológicas), ou com as alterações posturais (nesse caso a maioria alterações no pé e no tornozelo). Queremos ressaltar que essa dor pode ser para esses idosos, um fator limitante na sua capacidade funcional, e assim concluímos a importância de se considerar a principal queixa em uma avaliação fisioterapêutica e relaciona-la com todas as características presentes no envelhecimento, nesse caso as patologia e as alterações posturais, para que assim possamos buscar não só resolver os sinais e sintomas mas sim entendermos a sua causa e a partir disso disseminar a principal queixa e prevenir que ela retorne, proporcionando ao idoso cada vez mais uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- AMÂNCIO, A.; CAVALCAR, P.C.U.; *Clinica Geriátrica* Livraria Atheneu 328p. Rio de Janeiro – RJ 1975
- CORRIGAN, B.; MAITLAND, G.D.; *Pratica Clinica: Ortopedia & Reumatologia* Ed.Premier, São Paulo – SP 2000.
- HOPPENFELD, S. S. *Propedêutica Ortopédica*. Editora Atheneu, São Paulo – SP, 2005.
- IORIS, M.N.; *Fisioterapia no Abrigo Bezerra de Menezes: Uma Abordagem da Fisioterapia na Terceira Idade* <http://scholar.google.com.br> Belo Horizonte – GO, 2002.
- NOBREGA, A.C.L.; FREITAS, E.V. et al. *Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso* Rev. Brasileira Méd. Esporte – Vol. 5. No 6 – Nov/Dez, 1999. Curitiba-PR.
- PAIVA, E. S.; COGINOTTI, V.; MULLER, C. S. et. al. *Manejo da Dor* Rev. Brás. Reumatol, v.46, n.4, p. 292-296, jul/ago, 2006.
- PAULA, J.A.M.; *Mobilidade do Idoso: Proposta para uma avaliação Inicial* Revista Medicina de Reabilitação 52/2000 Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- PEREIRA, S.R.M.; BUKSMAN, S.; et.al. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Quedas em idosos*

SAMPAIO BARROS, M.M.; BARATTO, D.A.; et.al.; *Institutionalized Elder Patients: Diseases and Disabilities* Annals of the Rheumatic Diseases; vol. 64, supplement III, Vienna 8-11, June-2005. Unit of physiotherapy, Methodist University of Piracicaba, Campinas, Brazil, 2005.

SAMPAIO BARROS, M.M.; BARATTO, D.A.; et.al.; *Profile of Chronic Diseases in a Physiotherapy unit of elderly patients*. Annals of the Rheumatic Diseases; vol. 65, supplement II,, Amsterdam 21-24 June-2006. Unit of physiotherapy, Methodist University of Piracicaba, Campinas, Brazil, 2006.

TAVARES, M. C. G. et al. *Avaliação Inicial de Alunos em Programa de Atividade Física e Esportes para Pessoas Portadoras de Deficiência*. Anais do I Congresso da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada, p. 131, 1995.

Anexos



