

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**INFLUÊNCIA DA RESILIÊNCIA NA  
DOR CRÔNICA DE IDOSOS**

**GISELE OLTRAMARI**

**Porto Alegre  
2010**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**INFLUÊNCIA DA RESILIÊNCIA NA DOR CRÔNICA DE IDOSOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Gerontologia Biomédica.

**GISELE OLTRAMARI**

**Orientador: Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho**

**PORTO ALEGRE  
2010**

O52i Oltramari, Gisele  
Influência da resiliência na dor crônica de idosos / Gisele Oltramari. Porto Alegre:  
PUCRS, 2010.

56 p.: gráf. tab.

Orientador: Prof. Dr. Irênio Gomes Filho.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do  
Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. RESILIÊNCIA FISIOLÓGICA. 2. ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA. 3. DOR. 4.  
DOENÇA CRÔNICA. 5. ENVELHECIMENTO. 6. IDOSO. 7. ATIVIDADES  
COTIDIANAS. 8. MODALIDADES DE FISIOTERAPIA. 9. ESTUDOS  
OBSERVACIONAIS. 10. ESTUDOS TRANSVERSAIS. 11. ESTUDOS DE COORTES.  
I. Gomes Filho, Irênio. II. Título.

C.D.D. 618.9767  
C.D.U. 616.8-009.7:615.8-053.9 (043.3)  
N.L.M. WB 176

**GISELE OLTRAMARI**

**INFLUÊNCIA DA RESILIÊNCIA NA DOR CRÔNICA DE IDOSOS**

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke (PUCRS)

---

Profª. Dra. Thaís de Lima Resende (PUCRS)

---

Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho (Orientador)

---

Prof. Dr. Geraldo Attilio De Carli (Suplente)

## AGRADECIMENTOS

*Aos funcionários, professores e doutores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, pela paciência, incentivo e aprendizado constante, especialmente ao Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho pela orientação e infinita disposição para o desenvolvimento e finalização desta pesquisa.*

*Às Prefeituras Municipais de Flores da Cunha e Antônio Prado, nas pessoas de Jaqueline de Lucena Triaca e Cláudio Rugero Bedin, e Iveliz Teresa Cassini Dettoni e Sueli Carlesso, responsáveis pelos Projetos Conviver, e por permitirem a realização desta pesquisa.*

*Aos professores Cristiane Krás Borges e Luis Fernando Alvarenga, responsáveis pelo Projeto de Extensão de Fisioterapia no Idoso, desenvolvido pela Faculdade da Serra Gaúcha, por permitirem a realização desta pesquisa.*

*Às alunas do curso de fisioterapia da Faculdade da Serra Gaúcha que tanto me auxiliaram nas entrevistas com os idosos.*

*Aos meus colegas fisioterapeutas da Funcional Clínica de Fisioterapia e Pilates, Elaiza Zim, Débora Carpeggiani e José Davi Oltramari, por me auxiliarem, compreenderem minha ausência e permitirem buscar meus ideais através deste Mestrado.*

*Às minhas amigas e colegas do IGG – PUCRS pela amizade, apoio e incentivo.*

*Aos meus irmãos, Cibele e José Davi, pelo apoio e compreensão.*

*Aos meus pais, José e Nilsa, eternos mestres e professores, pelo amor incondicional, incentivo, apoio e belo exemplo de vida, no qual me inspirei e continuo buscando inspiração.*

*Ao Cristiano, pela paciência e compreensão durante esses 2 anos, mostrando que o nosso amor é a base para todas as nossas realizações.*

*Obrigada!*

*“Recordo ainda... E nada mais me importa...  
Aqueles dias de uma luz tão mansa  
Que me deixavam, sempre, de lembrança,  
Algum brinquedo novo à minha porta...*

*Mas veio um vento de Desesperança  
Soprando cinzas pela noite morta!  
E eu pendurei na galharia torta  
Todos os meus brinquedos de criança...*

*Estrada fora após segui... Mas, ai  
Embora idade e senso eu aparente,  
Não vos iluda o velho aqui vai:*

*Eu quero os meus brinquedos novamente!  
Sou um pobre menino... acreditai...  
Que envelheceu, um dia, de repente!...”*

*(Mário Quintana)*

## RESUMO

O conceito de resiliência remete à capacidade do ser humano de responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital de desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi estudar a influência da resiliência na dor crônica de idosos. Foi realizado um estudo observacional de corte transversal e de coorte. A amostra foi composta por 128 idosos (> 60 anos), sendo divididos em dois grupos, com e sem dor crônica. A resiliência foi avaliada em todos os indivíduos, através da Escala de Resiliência. Os indivíduos com dor crônica, que realizaram fisioterapia, foram avaliados inicialmente, através da Escala Visual-Analógica de Dor (EVA), Questionário de Dor McGill e Questionário de Crenças do Medo e Evitamento (QCME). Após as 10 sessões de fisioterapia, foram reavaliados através dos mesmos instrumentos. A população em estudo tinha média de idade de 70,3 anos, e a média de resiliência da população estudada foi de 147,7 pontos, indicando elevado nível de resiliência. Observou-se que, o grupo de idosos com faixa etária entre 60-64 anos apresentou um escore de resiliência menor, quando comparado aos outros grupos. Comparando-se o índice de dor antes e depois da fisioterapia, através dos instrumentos acima citados, houve diferença estatisticamente significativa, menos para a categoria atividade física do QCME. Correlacionando estes dados com a resiliência, não houve associação entre resiliência e dor crônica, e nem resiliência com uma melhor resposta ao tratamento fisioterapêutico. Foi observado em nosso estudo que a resiliência não influencia a melhora da dor crônica de idosos. Porém, sugere-se outros estudos com uma amostra maior de idosos com dor crônica.

Palavras-chave: Resiliência. Dor Crônica. Idoso. Fisioterapia. Estudo transversal e de coorte.

## ABSTRACT

The concept of resilience refers to the human capacity to positively answer to daily life demands, despite the adversities he faces during his development. The aim of this study was to provide a study regarding the resilience influence on the chronic pain in elderly subjects. A cross-sectional, observational and a cohort study was carried out. The sample consisted of 128 elderly people (> 60 years old), divided into two groups, with chronic pain and without chronic pain. Resilience was evaluated among all the individuals, using the Resilience Scale. The individuals with chronic pain, who underwent physical therapy treatment, were initially appraised, through a Visual Analog Pain Scale (VAS), the McGill Pain Questionnaire (Br-MPQ) and the Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). After 10 physiotherapy sessions, a reevaluation was carried out using the same instruments. The study population presented a mean age of 70,3 years old, and the studied population average was of 147,7 points, which indicates a high level of resilience. It was observed that the elderly age group among 60-64 years old presented a lower resilience score, in comparison with the another groups. Taking into consideration the pain index before and after the physiotherapy treatment, through the mentioned instruments, statistically significant differences were observed, except the physical activities category (FABQ). Correlating these statistics with resilience, the association between resilience and chronic pain was not showed, neither resilience as a better answer to the physical therapy treatment. It was observed on this data that resilience has not influence the improvement of elderly chronic pain. However, it suggests other studies as to have larger samples with elderly with chronic pain.

Key words: Resilience. Chronic pain. Elderly. Physiotherapy. Cross-sectional and cohort study.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>PR</b>	Paraná
<b>GO</b>	Goiás
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica de Dor
<b>sm</b>	Salário Mínimo
<b>TENS</b>	Eletroestimulação Nervosa Transcutânea
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Distribuição proporcional (%) da população por sexo e idade no Brasil em 1940.....	18
<b>Figura 2.</b>	Distribuição proporcional (%) da população por sexo e idade no Brasil em 2000.....	18
<b>Figura 3.</b>	Etapas da rotina de coleta dos dados.....	26
<b>Figura 4.</b>	Avaliação da dor antes e depois do tratamento fisioterapêutico, através da Escala Visual-Analógica da Dor.....	35
<b>Figura 5.</b>	Avaliação da dor antes e depois do tratamento fisioterapêutico, através do Questionário McGill.....	35
<b>Figura 6.</b>	Avaliação da dor antes e depois do tratamento fisioterapêutico, através do Questionário de Crenças do Medo-Evitamento.....	37

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Características sócio-demográficas e clínicas da população de idosos estudados e comparação dessas variáveis entre os grupos com e sem dor crônica.....	31
<b>Tabela 2.</b>	Resiliência média e desvio padrão nos idosos estudados, de acordo com as características sócio-demográficas e clínicas.....	33
<b>Tabela 3.</b>	Médias das medidas de intensidade da dor pela EVA e pelo Questionário de McGill e das medidas do QCME antes e após o tratamento fisioterápico e correlação da resiliência com as diferenças observadas nessas medidas.....	34

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	RESILIÊNCIA.....	14
2.2	PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	17
2.3	DOR CRÔNICA EM IDOSOS.....	20
2.4	RESILIÊNCIA E DOR CRÔNICA.....	22
2.5	RESILIÊNCIA E DOR CRÔNICA EM IDOSOS.....	22
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	OBJETIVO GERAL.....	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3.2.1	Principais.....	23
3.2.2	Secundário.....	23
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	24
4.2	POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	24
4.2.1	Descrição.....	24
4.3	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	24
4.3.1	Crítérios de inclusão.....	24
4.3.2	Crítérios de exclusão.....	25
4.4	COLETA DE DADOS.....	25
4.4.1	Rotina da coleta dos dados.....	25
4.5	DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO.....	27
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	28
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
5	RESULTADOS.....	30

<b>5.1</b>	<b>RESILIÊNCIA.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>RESILIÊNCIA E DOR CRÔNICA.....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO I – ESCALA DE RESILIÊNCIA.....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXO II – EVA (Escala Visual Analógica da Dor).....</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXO III – QUESTIONÁRIO MCGILL.....</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS DO MEDO-EVITAMENTO.....</b>	<b>55</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A noção da resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pela física e engenharia, sendo um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young, em 1807.<sup>1</sup> Por ser um tema recentemente incorporado ao campo da saúde, encontra-se em fase de construção, discussão e debate. A definição de resiliência, segundo alguns autores, é como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável de um indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis.<sup>2</sup>

Anteriormente, os estudos sobre resiliência abrangiam as crianças e os adolescentes, e recentemente, algumas pesquisas sobre resiliência vêm sendo estendidas para outras faixas etárias, como a velhice por exemplo.<sup>3,4</sup>

Entende-se que o processo de envelhecimento é algo amplo, discutido entre os aspectos físicos, psicológicos, emocionais, sociais, ambientais, etc. Com efeito, a velhice é frequentemente descrita como um período de múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo.<sup>5</sup> Consideradas em conjunto, essas perdas, desafios e ganhos sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter.<sup>4</sup>

Um dos fatores que compromete e agrava a perda das capacidades funcionais do idoso é a dor crônica. Com o avançar da idade, a dor assume maior importância devido à sua expressiva prevalência aliada a frequente limitação funcional dela resultante.<sup>6</sup> Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham a dor.<sup>7</sup>

Por entender que a dor crônica em idosos é um fator que agrava seu desempenho perante as atividades de vida diária e sua funcionalidade, além de comprometer seu bem estar e estado emocional, e, sabendo que a resiliência é um conceito recentemente incorporado ao processo de envelhecimento, e que contribui para avaliar se este idoso com dor crônica é capaz de superá-la e reestabelecer-se funcionalmente, tornou-se necessária esta pesquisa. Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa foi estudar a influência da resiliência na dor crônica de idosos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 RESILIÊNCIA

A noção de resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pela física e engenharia, sendo um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young, que, em 1807, considerando tensão e compressão, introduz pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Young descrevia experimentos sobre tensão e compressão de barras, buscando a relação entre a força que era aplicada num corpo e a deformação que esta força produzia.<sup>1</sup>

A utilização do conceito de resiliência no campo das Ciências da Saúde data da década de 70, com estudos sobre pessoas que a despeito de terem sido submetidas a traumas agudos ou prolongados – fatores estes considerados de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas – não adoeciam como seria o esperado. Uma das primeiras pesquisas em que se cita a resiliência foi em 1977, sobre o impacto emocional em pessoas da família de crianças portadoras de fibrose cística.<sup>8</sup>

Silva Jr. (2003) denomina como resiliência de um material, a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes, correspondente à determinada sollicitação.<sup>9</sup> Dita de uma outra maneira, a resiliência refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica permanente.

Este conceito ultimamente também está presente na educação.<sup>10</sup> O termo resiliência vem sendo discutido amplamente no âmbito educacional, onde o professor deve buscar continuamente se refazer, se reconstruir perante as dificuldades do dia-a-dia. No conceito de resiliência, admite-se a possibilidade do ser humano ser atingido e de sofrer com isto sim, porém, se afirma a capacidade de sofrer a tensão e de suportá-la – o que significa desenvolver formas de lidar com ela.<sup>11</sup>

Neste contexto educacional, é importante citar um trecho escrito por Cyrulnik (2003)<sup>12</sup>, onde ele exemplifica o conceito de resiliência como uma “inaudita capacidade de construção humana”:

“Safei-me”, admiram-se os resilientes que, depois de um atentado, reaprenderam viver, mas esta passagem da sombra à luz, a fuga da cave (sic), ou a saída do túmulo necessitam de reaprender a viver uma outra vida. [...] ‘E agora o que vou fazer com isto?’ Não é porque o patinho feio encontra a sua família cisne que está tudo acabado. A ferida está escrita na sua história [...] ‘E agora o que vou fazer com isto?’ Lamentar-me todos os dias, procurar vingar-me ou aprender a viver uma outra vida [...] o que o patinho feio levará muito tempo a compreender, é que a cicatriz nunca está garantida. É uma brecha no desenvolvimento da personalidade, um ponto

fraco que pode sempre despedaçar-se sob as pancadas do destino. Essa brecha obriga o pato a trabalhar sem cessar para sua metamorfose interminável. [...]”<sup>12</sup>

Ainda, a questão da resiliência pode ser trabalhada em três perspectivas: primeira, de que se trata de uma capacidade inata do ser humano, mas que pode ser aprimorada de acordo com a experiência de vida de cada um; segunda, se trata de saber adaptar-se às adversidades da vida; e terceira, se trata de uma capacidade de algumas pessoas de se superarem e vencerem quando tudo parecia dar errado.<sup>11</sup>

Uma definição clara e objetiva do conceito de resiliência é que ela se caracteriza pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural.<sup>13</sup>

Vários autores estrangeiros, principalmente dos Estados Unidos e do Reino Unido, têm desenvolvido pesquisas sobre resiliência. A maioria dos estudos tem por objetivo estudar a criança ou o adolescente numa perspectiva individualista, que foca traços e disposições pessoais.<sup>1</sup> A resiliência é um constructo que, em psicologia, originou-se mais da pesquisa sobre o desenvolvimento psicopatológico do que sobre o desenvolvimento normal, e é um termo mais usado na pesquisa com crianças e adolescentes do que com adultos e idosos.<sup>14</sup>

Um dos pesquisadores que iniciou a contextualização da resiliência é o psiquiatra britânico Michael Rutter, que pelo número de publicações e pesquisas empíricas, tem orientado até hoje o curso dos projetos na área. Seus trabalhos mais conhecidos datam do início dos anos 1970, com a investigação de diferenças entre meninos e meninas provenientes de lares desfeitos por conflitos. Segundo ele, o conceito de resiliência refere-se ao polo positivo das diferenças individuais entre as pessoas, quanto à sua capacidade de responder ao estresse e à adversidade.<sup>14,15</sup>

Rutter relata ainda, que “a resiliência seria um resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, o que se configura como algo complexo, visto que estes podem atuar tanto com fatores de proteção para o indivíduo como de risco.”<sup>15</sup> Assim, alguns indivíduos, em determinado momento da sua vida, podem apresentar-se resilientes e em outros não, pois, se as circunstâncias mudam, a resposta da pessoa também pode ser modificada.<sup>16</sup>

A resiliência tem sido vista como um processo psicológico que pode sofrer alterações por suas características internas, como a personalidade, e por suas características externas, como estresse e vida social. McCubbin e colaboradores, em uma pesquisa sobre resiliência e família, enfatizaram que este processo de resiliência passa pelos recursos internos da família e os externos da comunidade, levando-se em conta ainda o fator espiritual.<sup>17</sup>

Foi a partir de 1999 que surgiram temáticas relacionadas à resiliência do idoso e do adulto frente à morte de pessoas da família.<sup>8</sup> Sobre as pesquisas brasileiras tendo a resiliência como tema central, ou associada a outros aspectos, sabe-se que tiveram o seu desenvolvimento maior nos últimos oito anos. Ainda conforme estas autoras, numa pesquisa de revisão bibliográfica, encontraram-se as primeiras pesquisas relacionando o tema com o envelhecimento, que foram as seguintes: estudo da resiliência em sobreviventes do Holocausto, condições do envelhecimento associadas à deficiência física, bem estar psicológico e bem estar subjetivo associados às metas de vida na velhice; criação de condições para vivenciar a velhice de forma mais prazerosa e a trajetória de vida do idoso.<sup>8</sup>

Sabe-se que o envelhecimento é uma experiência heterogênea, dependente de como cada pessoa organiza seu curso de vida, a partir de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o envelhecimento normal e da interação entre fatores genéticos e ambientais. Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo.<sup>4</sup>

E é neste contexto que torna-se necessário relacionar o tema de resiliência com o processo de envelhecimento. As definições de resiliência são amplas, mas a grande maioria delas converge para que a resiliência diz respeito ao potencial para a manutenção e a recuperação dos níveis de adaptação normal, ou seja, a resiliência é um subtipo do amplo espectro de mudanças possíveis na capacidade adaptativa.<sup>14</sup>

Este crescente interesse pelo conceito de resiliência como reflexo da necessidade do investimento em prevenção de problemas e promoção da saúde, tornou importante a existência de um instrumento para avaliar este tema. Poucas escalas abordando este conceito estão relacionadas na literatura. A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young, é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes.<sup>2</sup>

Em relação ao crescente interesse sobre resiliência, realizou-se uma pesquisa objetivando avaliar a resiliência de uma comunidade de idosos institucionalizados, que tinham passado por algum evento estressante em suas vidas. Concluíram que fatores funcionais e psicossociais são associados com uma alta resiliência dos participantes da pesquisa. E ainda, que a resiliência pode ser sim um importante fator em potencial para a manutenção do bem estar dos idosos.<sup>3</sup>

Atualmente, médicos geriatras e gerontólogos buscam incessantemente alternativas para a manutenção do bem estar e para uma boa qualidade de vida dos idosos que os procuram. A percepção que as pessoas têm do seu bem estar é um dos aspectos subjetivos

vinculados à qualidade de vida.<sup>18</sup> Este bem estar do idoso está associado a um envelhecimento mais saudável, e é um indicador de saúde mental e também sinônimo de felicidade, ajuste e integração social; além de ser um importante fator do nível de adaptação na terceira idade.<sup>19</sup> Pode-se notar que a resiliência também está intimamente associada aos conceitos de bem estar e qualidade de vida.

## 2.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários.<sup>20</sup>

Nas últimas décadas, tem-se registrado um crescimento mundial nos índices de envelhecimento demográfico, em consequência da redução das taxas de natalidade e do aumento da expectativa de vida.<sup>21</sup>

Os países do chamado Terceiro Mundo vêm apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade, e mais recentemente, também, nas suas taxas de natalidade. Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real destas populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos.<sup>22</sup>

Ao se começar o declínio sustentado de fecundidade, é que se consolida o processo de envelhecimento de uma população. Em vários países, inclusive o Brasil, que, até então, tinham uma população extremamente jovem, quase estável, com o declínio da fecundidade, iniciou-se um processo contínuo de envelhecimento populacional.<sup>23</sup>

Pode-se afirmar que até os anos 60, a partir, pelo menos, de 1940 (o censo anterior ao de 1940, foi o de 1920, que apresentou sérios problemas quanto à qualidade dos dados), a população brasileira apresentou-se como quase-estável, com distribuição etária praticamente constante. Era uma população extremamente jovem, com em torno de 52% abaixo de 20 anos, e menos de 3% acima dos 65 anos, conforme Figura 1.<sup>24</sup>

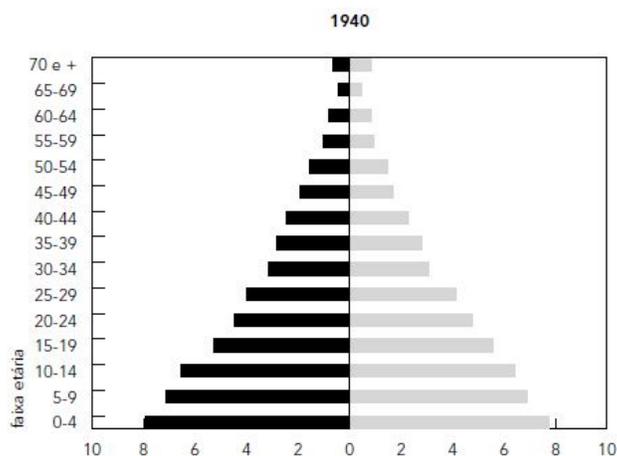


Fig. 1. Distribuição proporcional (%) da população por sexo e idade no Brasil em 1940.<sup>23</sup>

A partir do ano 2000, onde parte da população já se encontra com fecundidade abaixo do nível de reposição, observa-se na Figura 2, como consequência, uma população brasileira em um sustentado processo de desestabilização de sua estrutura etária, com estreitamento continuado da base da pirâmide e, conseqüentemente, envelhecimento populacional.<sup>24</sup>

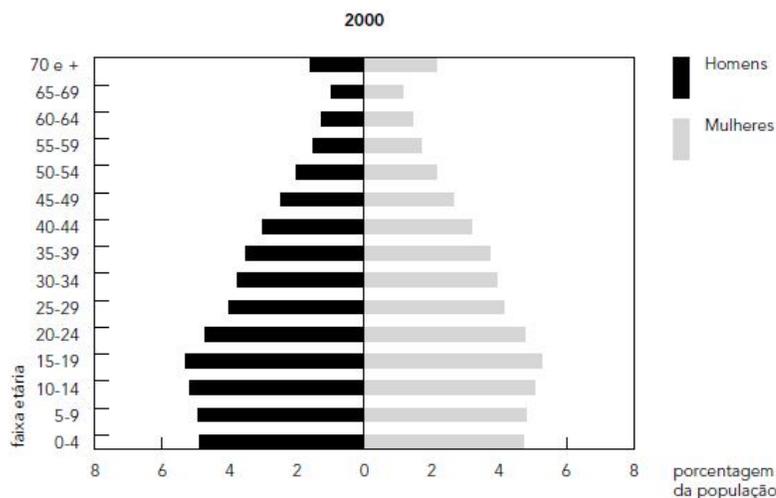


Fig. 2. Distribuição proporcional (%) da população por sexo e idade no Brasil em 2000.<sup>23</sup>

Tendo-se em vista o crescimento demográfico da população idosa no país, há uma contínua preocupação em como lidar com esta população, seja no âmbito social, econômico, e em nosso caso, físico e emocional.

Sabe-se que o organismo humano, desde a sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. Nessas fases é possível identificar marcadores físicos e fisiológicos de transição. O envelhecimento manifesta-se por um declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tendem a ser lineares em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais fases. Tem início ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo, sendo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento.<sup>25</sup>

Ainda sobre a definição do processo de envelhecimento, pode-se dizer que “o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte”.<sup>25</sup> É importante para esta pesquisa salientar que ocorre a “perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente”, conforme o autor acima, e isto nos remete mais uma vez à resiliência.

O envelhecimento biológico é um fenômeno multifatorial que está associado a profundas mudanças na atividade das células, tecidos e órgãos, como também com a redução da eficácia de um conjunto de processos fisiológicos. Do ponto de vista funcional, a população de idosos, caracteriza-se por um decréscimo do sistema neuromuscular, verificando-se a perda de massa muscular, debilidade do sistema muscular, redução da flexibilidade, da força, da resistência e da mobilidade articular.<sup>26</sup>

A mobilidade também é um componente da função física extremamente importante, constituindo um pré-requisito para a funcionalidade do idoso, e o seu prejuízo pode gerar dependência e incapacidades.<sup>27</sup>

Outro fator que merece a devida atenção por parte dos profissionais de saúde que trabalham com o processo de envelhecimento é a dor. Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não podemos ignorar que determinadas enfermidades são mais frequentes em idosos.<sup>28</sup> Um dos problemas mais comuns nesta população de idosos é a dor crônica.<sup>28,29</sup>

### 2.3 DOR CRÔNICA EM IDOSOS

A dor crônica é descrita como uma dor que dura meses, anos, ou a vida toda. Pode haver ocorrências intermitentes de dor crônica que se caracterizam por períodos de dor, intercalados com intervalos isentos de dor. Esse padrão pode repetir-se continuamente durante anos. A dor crônica também pode ser constante, persistir e piorar progressivamente, apesar do tratamento.<sup>30</sup>

A dor crônica é definida segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como sendo uma: “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com duração de mais de seis meses.”<sup>31</sup>

A dor crônica não é apenas um problema de transmissão nervosa, neurotransmissores ou canais de sódio. Ela é simultaneamente física e emocional, biológica e fenomenologicamente incorporada; é experiência e expressão, uma linguagem situada num contexto sociocultural.<sup>32</sup>

Em se tratando de uma pesquisa sobre saúde do idoso, é essencial avaliar os fatores de morbidade a que esta população está exposta, e um destes fatores é a dor crônica.

Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor. A dor é freqüente em 32% a 34% dos idosos, ocasional em 20% a 25%, aguda em 6% a 7% e crônica em 48% a 55%.<sup>33,34</sup> Portanto, estudar a dor crônica em idosos é de extrema importância para uma melhor qualidade de vida e envelhecimento bem sucedido.

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas em que, muitas vezes, a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida dos idosos. A impossibilidade de controlar a dor crônica traz sempre sofrimento físico e psíquico.<sup>33,35</sup>

Em um estudo realizado na cidade de Londrina (PR), em 2008, 172 idosos foram entrevistados e avaliados com relação à dor crônica. Os resultados demonstraram que houve uma grande prevalência de dor crônica nesta população (62,2%), e principalmente em mulheres com 80 anos ou mais, e nos indivíduos depressivos. Concluíram ainda que para

grande parte destes idosos a dor é diária, contínua e de alta intensidade, gerando efeitos deletérios na saúde e no bem-estar biológico, psicológico e espiritual.<sup>35</sup>

Sabe-se que a comunicação da dor pelos idosos aos familiares e aos profissionais que os assistem pode estar prejudicada por disfunções cognitivas e outras doenças, mas principalmente pelo conceito pessoal de que a dor é normal na velhice, e de que não é possível tratá-la ou controlá-la. Muitas vezes as manifestações dolorosas no idoso são atípicas e mal localizadas.<sup>36</sup>

Outros pesquisadores realizaram um estudo sobre a ocorrência de dor crônica em 40 idosos de uma comunidade de Goiânia (GO), e também obtiveram um achado de 62,5%. Para os pesquisadores, a dor crônica configurou-se um diagnóstico frequente em idosos, com múltiplas características, sendo os fatores normalmente relacionados ao processo de envelhecimento mal sucedido ou às patologias características desta faixa etária.<sup>28</sup>

Segundo uma pesquisa realizada no Canadá (1997), existem três fatores significativos que podem contribuir para um tratamento inadequado da dor crônica em pacientes geriátricos: realizar uma avaliação da dor de forma errada, riscos potenciais da farmacoterapia e as atitudes dos idosos perante o tratamento proposto.<sup>37</sup> Ainda sobre esta pesquisa, os autores referem que nos indivíduos idosos, a dor e a depressão estão fortemente associadas, e uma pode intensificar a outra.

A dor crônica é considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial, que se configura em problema de saúde coletiva e exige abordagem multidisciplinar.<sup>38</sup>

O tratamento da dor envolve intervenções biológicas e psicossociais que visam à minimização do desconforto, à melhora da função e à adaptação do indivíduo para o desempenho das suas atividades.<sup>39</sup> Isto significa que o objetivo da equipe multidisciplinar que atende este indivíduo idoso com dor crônica é além de aliviar o quadro de dor de alguma forma, buscar maneiras deste idoso melhorar sua qualidade de vida e ter um envelhecimento bem sucedido.

Além das medidas farmacológicas e físico-biológicas, tem-se que pensar em outros tratamentos que melhorem o desempenho psico-comportamental e que possibilitem a redução do consumo de analgésicos, condição importante quando há limitações para seu uso, principalmente em idosos. Isto sugere a necessidade de adoção de modelos interdisciplinares de intervenção, com o objetivo de oferecer controle mais avançado dos fenômenos biológicos, emocionais, sociais e econômicos envolvidos no processo de adoecer.<sup>39</sup>

Sabemos que o processo de envelhecimento caracteriza-se por uma perda gradual das capacidades funcionais comprometendo a autonomia da pessoa para satisfazer suas

necessidades cotidianas.<sup>40</sup> Sabendo-se que a dor crônica é impactante na vida de qualquer indivíduo, principalmente em idosos, cabe a nós, profissionais da saúde buscarmos formas, tratamentos, alternativas para minimizar este processo de dor e estimular o processo de envelhecimento mais saudável e ativo.

Por entender que a dor crônica em idosos é então um fator que agrava seu desempenho perante suas atividades de vida diária e sua funcionalidade, além de comprometer seu bem estar e estado emocional, tornou-se necessário abordar o tema da resiliência e associá-lo à questão de dor crônica no idoso.

#### 2.4 RESILIÊNCIA E DOR CRÔNICA

Poucos estudos sobre resiliência e dor crônica são encontrados na literatura. Em especial, um deles estudou a validação da Escala de Resiliência para Adultos (RSA), com 80 indivíduos randomizados em dois grupos, com baixo estresse e alto estresse. Os autores verificaram que a resiliência, medida através desta escala, pode ser considerada um moderador de dor e estresse, além de detectar diferentes experiências individuais de dor e níveis gerais de funcionalidade. Um ponto importante neste estudo, foi a integração dos fatores de resiliência com o tratamento da dor.<sup>41</sup>

Outra pesquisa recente teve como objetivo avaliar a resiliência como um fator positivo na dor de pacientes com artrite reumatóide. Os autores estudaram 43 pacientes com esta patologia, com idades entre 33 e 80 anos. Concluíram, portanto, que a resiliência pode ser um fator positivo a auxiliar os pacientes nas suas experiências de dor, reduzindo os fatores negativos da patologia.<sup>42</sup>

#### 2.5 RESILIÊNCIA E DOR CRÔNICA EM IDOSOS

Ao realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a associação entre resiliência e dor crônica em idosos, não houveram estudos publicados sobre este assunto na literatura. Porém um dos poucos estudos que busca, em partes, esta correlação, avaliou 7 mulheres com idade acima de 85 anos. As respostas destas mulheres relacionaram a resiliência após uma doença na fase final da vida, com experiências como fragilidade, determinação em superar esta doença, experiência prévia com uma dificuldade, capacidade de ter assistência, influências culturais, apoio da família, preocupação consigo, preocupação com os outros e descrições de sua funcionalidade.<sup>43</sup>

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Estudar a influência da resiliência na dor crônica em idosos.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

#### **3.2.1 PRINCIPAIS**

- Avaliar a resiliência de idosos com dor crônica, atendidos em clínicas de fisioterapia, e comparar com um grupo de idosos sem dor crônica.
- Verificar se, nos pacientes com dor crônica, existe uma correlação entre a resiliência e a resposta terapêutica à fisioterapia.

#### **3.2.2 SECUNDÁRIO**

- Verificar a influência da idade, sexo, escolaridade, nível sócio-econômico, religião, estado civil e trabalho sobre a resiliência de idosos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o primeiro objetivo principal foi realizado um estudo de corte transversal, a partir do qual foi analisado também o objetivo secundário. Para o segundo objetivo principal, foi realizado um estudo de coorte.

### 4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

#### 4.2.1 DESCRIÇÃO

A população estudada foi composta por 128 indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos, residentes nos municípios de Caxias do Sul, Antônio Prado e Flores da Cunha (Rio Grande do Sul, Brasil). Destes 128 idosos, 51 tinham dor crônica e 77 não tinham. Os indivíduos sem dor crônica, participavam de grupos de convivência (Projeto Conviver) nos municípios de Flores da Cunha e Antônio Prado. Já os indivíduos com dor crônica realizavam fisioterapia em clínicas de Flores da Cunha e Caxias do Sul, no período de janeiro a dezembro de 2009.

### 4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

#### 4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os participantes:

- idade superior ou igual a 60 anos;

Grupo 1 (com dor crônica):

- ser encaminhado para tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de dor crônica.

Grupo 2 (sem dor crônica):

- não ter dor crônica no momento da seleção.

Coorte:

- manter o tratamento fisioterapêutico com duração de 10 atendimentos.

#### 4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

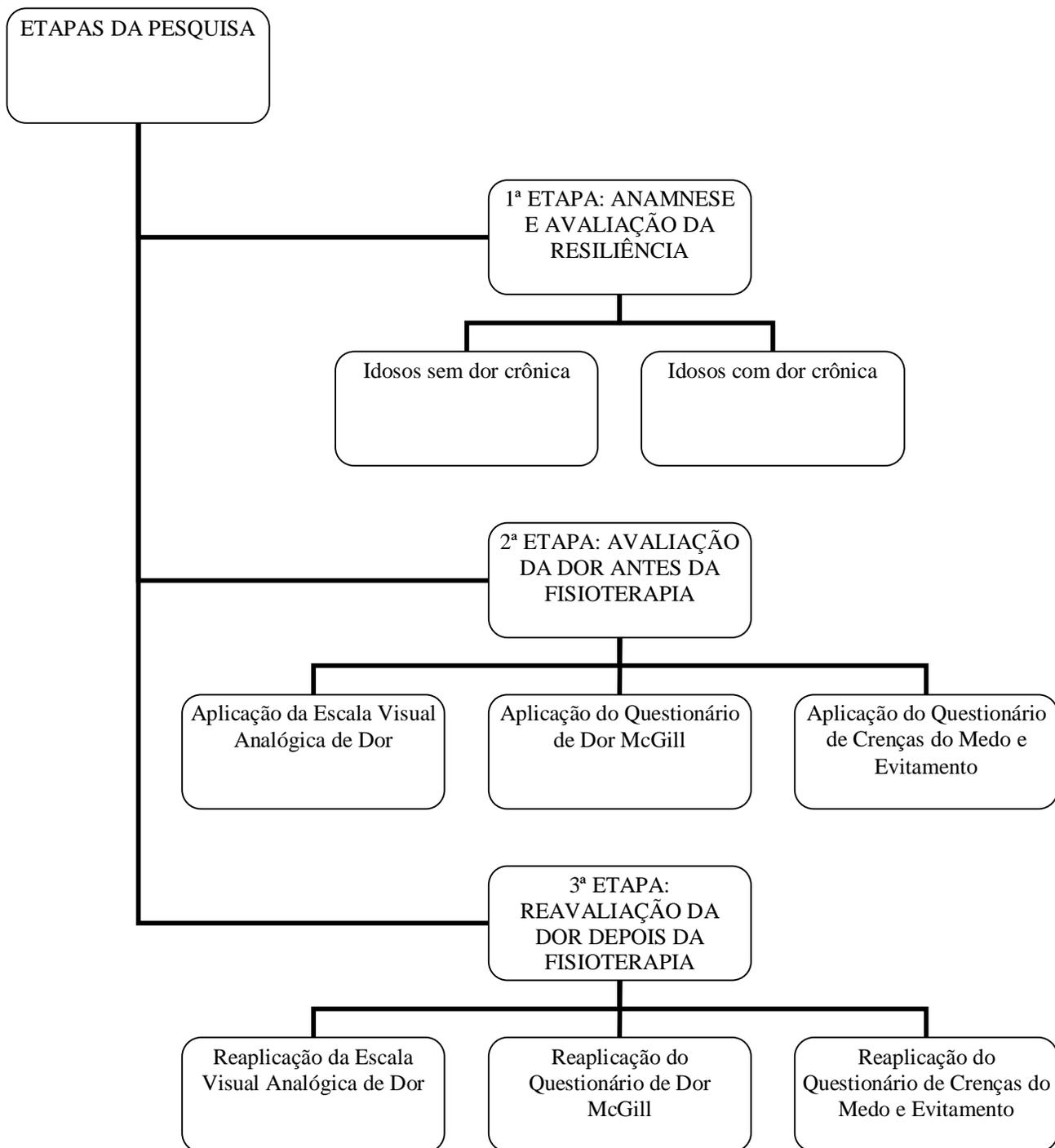
- referir diagnóstico médico de demência;
- ter realizado fisioterapia há menos de 6 meses (para os indivíduos com dor crônica).

#### 4.4 COLETA DE DADOS

##### 4.4.1 ROTINA DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma anamnese e a avaliação da resiliência de idosos sem dor crônica e de idosos com dor crônica submetidos a tratamento fisioterapêutico, conforme Figura 3.

A segunda e terceira etapas foram realizadas apenas com os idosos com dor crônica, submetidos a tratamento fisioterapêutico, onde foi avaliada a dor no início do tratamento e após 10 sessões de fisioterapia. A dor foi avaliada através de três instrumentos, conforme Figura 3.



#### 4.5 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

O indivíduo sem dor crônica foi avaliado somente quanto à resiliência, além dos dados sócio-demográficos. Já o indivíduo com dor crônica foi avaliado também quanto à sua dor, antes do início da fisioterapia e após a alta do tratamento fisioterapêutico, tendo este, duração de 10 atendimentos.

Na primeira etapa, foi aplicada uma Ficha de Avaliação elaborada (Apêndice B) com os dados de identificação do paciente e também com dados gerais como idade, sexo, estado civil atual, se vivia ou não com o(a) companheiro(a), escolaridade, renda mensal individual, renda mensal da família, religião, se era ou não praticante da religião, atividade laboral, diagnóstico médico, medicações em uso, se tinha ou não dor crônica (com durabilidade de mais de 6 meses) e, se fosse positivo, a localização desta dor.

Após esta avaliação, ainda na primeira etapa, foi aplicada a Escala de Resiliência adaptada por PESCE *et al* (Anexo 1), que consta de 25 perguntas, onde o indivíduo, a cada pergunta, deve responder se discorda ou concorda com as questões. A pontuação varia de 1 a 7, sendo o 1 igual a “discorda totalmente” e o 7 igual a “concorda totalmente”. Ao final da aplicação, somam-se os pontos. Os escores desta Escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.<sup>2</sup>

Na segunda etapa, apenas os idosos com dor crônica submetidos a tratamento fisioterapêutico foram avaliados quanto à sua dor. Foi aplicada a Escala Visual-Analógica de Dor (EVA) (Anexo 2), desenvolvida através de uma linha reta de 10cm, onde em uma extremidade estará escrito “Sem dor” e na outra extremidade, “Pior dor”. O indivíduo marca, então, com um risco, a melhor localização da intensidade de sua dor. Após isso, colocando-se uma régua em cima desta linha de 10 cm, consegue-se o valor numérico da dor atribuído pelo paciente naquele momento.

Após a aplicação da EVA, foi realizado o Questionário de Dor McGill (Anexo 3), desenvolvido por Ronald Melzack, em 1975, e adaptado para a língua portuguesa por Pimenta & Teixeira. Este questionário consta de 4 domínios: a localização da dor, a intensidade da dor presente, as propriedades temporais da dor, e a qualidade específica da dor.<sup>44</sup>

Por fim, foi aplicado o Questionário de Crenças do Medo e Evitamento (Anexo 4), desenvolvido por Waddell, que é dividido em relação às atividades físicas e às atividades de trabalho. O indivíduo deve pontuar entre “discordo completamente”, “não tenho certeza” e “concordo completamente”, num total de 15 questões.<sup>45</sup>

Após a segunda etapa então, deu-se início ao tratamento fisioterapêutico, utilizando-se de recursos eletrotermoterapêuticos e cinesioterapêuticos, salientando que o tempo de duração da fisioterapia foi de 10 sessões.

Após, o indivíduo foi reavaliado. Na terceira etapa, então, que foi esta reavaliação, foram reaplicados os seguintes questionários: Escala Visual-Analógica da Dor (EVA), Questionário de Dor McGill e o Questionário de Crenças do Medo e Evitamento

#### 4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados em um banco especificamente desenvolvido para o projeto, em ACCESS 2003, e analisados com a utilização do pacote estatístico SPSS, versão 17.0. O nível de significância considerado foi de 5%.

A estatística descritiva incluiu medidas de frequências, médias e desvios padrões. A comparação da distribuição das diferentes variáveis sócio-demográficas e clínicas entre os grupos com e sem dor crônica foi feita utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Para a comparação da média do grau de resiliência de acordo com as características sócio-demográficas e clínicas: (1) para as variáveis dicotômicas, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes, levando-se em consideração a igualdade das variâncias verificada pelo teste de Levine; (2) para as variáveis politômicas foi utilizada a análise de variância (One Way ANOVA). Na comparação das medidas de intensidade da dor (EVA e McGill) e do QCME entre antes e após o tratamento fisioterapêutico, foi utilizado o teste t de Student para amostras pareadas. Finalmente, a diferença observada entre antes e após, em cada uma dessas medidas foi associada com a resiliência através do coeficiente de correlação de Pearson.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução 196/96 da CONEP e foi aprovada pelo CEP-PUC em 09 de janeiro de 2009

O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) foi oferecido aos indivíduos que preencheram os critérios do estudo, sendo incluídos na pesquisa após concordância dos mesmos. O indivíduo teve garantia de confidencialidade de todos os dados, não havendo alteração no seu atendimento clínico relacionada à pesquisa, e recebeu esclarecimento de qualquer dúvida sobre o estudo.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e foi esclarecido aos indivíduos que eles poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

## 5 RESULTADOS

Foram avaliados 128 indivíduos, sendo 77 do grupo sem dor crônica e 51 do grupo de pacientes com dor crônica. Destes últimos, 32 realizavam atendimento fisioterapêutico.

Os indivíduos tinham idades entre 60 e 88 anos, com média de  $70,3 \pm 6,7$  anos. A maior proporção dos idosos (28,9%) possuía entre 70 e 74 anos. Dos 128 idosos participantes da pesquisa, 91,4% eram do sexo feminino e 48,4% eram viúvos. Com relação às outras características demográficas, 46,9% tinham o primário completo, 44,1% recebiam até 1 salário mínimo de renda mensal, 96,1% eram católicos e 95,3% dos idosos praticavam sua religião. Questionados sobre atividade de trabalho remunerado ou voluntário, 73,2% dos idosos responderam que não trabalhavam. Entre os idosos estudados, 55,3% referiram que suas atividades diárias não lhes causavam sobrecarga física e, com relação ao uso de medicação, 9,4% dos indivíduos utilizavam antidepressivos (Tabela 1).

Relacionando os dados das características demográficas nos grupos com e sem dor crônica, foram observadas diferenças significativas em relação a idade, estado civil, escolaridade, religião, trabalho e sobrecarga física. Dos idosos que apresentavam dor crônica, 39,2% tinham idades entre 60 e 64 anos, 60,8% eram casados, 35,3% tinham realizado o primário completo, 90,2% praticavam sua religião, 62,7% não tinham atividade de trabalho remunerada e 62,7% referiram que suas atividades diárias lhes causavam sobrecarga física (Tabela 1). Do grupo de idosos sem dor crônica (60,16% da população total), 35,1% tinham idades entre 70 e 74 anos, 59,7% eram viúvos, 54,5% tinham realizado o primário completo, com relação ao nível de escolaridade, 98,7% praticavam sua religião, 80,3% não tinham atividade de trabalho remunerada e 68,1% dos idosos não referiam sobrecarga física nas suas atividades diárias.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas da população de idosos estudados e comparação dessas variáveis entre os grupos com e sem dor crônica.

Variável	População Total	Dor crônica		P*
		Sim	Não	
<b>Sexo</b>				
Masculino	11 (8,6%)	6 (11,8%)	5 (6,5%)	0,344
Feminino	117 (91,4%)	45 (88,2%)	72 (93,5%)	
<b>Faixa Etária</b>				
60-64 anos	31 (24,2%)	20 (39,2%)	11 (14,3%)	0,012
65-69 anos	29 (22,7%)	10 (19,6%)	19 (24,7%)	
70-74 anos	37 (28,9%)	10 (19,6%)	27 (35,1%)	
75 anos ou mais	31 (24,2%)	11 (21,6%)	20 (26,0%)	
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro/Separado	8 (6,3%)	4 (7,8%)	4 (5,2%)	0,005
Casado	58 (45,3%)	31 (60,8%)	27 (35,1%)	
Viúvo	62 (48,4%)	16 (31,4%)	46 (59,7%)	
<b>Vive com companheiro</b>				
Sim	64 (51,2%)	34 (68,0%)	30 (40,0%)	0,003
Não	61 (48,8%)	16 (32,0%)	45 (60,0%)	
<b>Escolaridade</b>				
Primário Incompleto	46 (35,9%)	17 (33,3%)	29 (37,7%)	0,002
Primário Completo	60 (46,9%)	18 (35,3%)	42 (54,5%)	
Ginásio Completo	22 (17,2%)	16 (31,4%)	6 (7,8%)	
<b>Renda Mensal</b>				
Até 1 sm	49 (44,1%)	21 (53,8%)	28 (38,9%)	0,226
2 sm	46 (41,4%)	12 (30,8%)	34 (47,2%)	
3 sm ou mais	16 (14,4%)	6 (15,4%)	10 (13,9%)	
<b>Religião</b>				
Católica	123 (96,1%)	48 (94,1%)	75 (97,4%)	0,387
Outras	5 (3,9%)	3 (5,9%)	2 (2,6%)	
<b>Prática a religião</b>				
Sim	122 (95,3%)	46 (90,2%)	76 (98,7%)	0,037
Não	6 (4,7%)	5 (9,8%)	1 (1,3%)	
<b>Trabalha</b>				
Sim	34 (26,8%)	19 (37,3%)	15 (19,7%)	0,040
Não	93 (73,2%)	32 (62,7%)	61 (80,3%)	
<b>Sobrecarga física nas atividades diárias</b>				
Sim	55 (44,7%)	32 (62,7%)	23 (31,9%)	0,001
Não	68 (55,3%)	19 (37,3%)	49 (68,1%)	
<b>Antidepressivos</b>				
Utiliza	12 (9,4%)	4 (7,8%)	8 (10,4%)	0,760
Não utiliza	116 (90,6%)	47 (92,2%)	69 (89,6%)	

\* valor de P calculado pelo teste t do qui-quadrado de Pearson.

sm – número de salários mínimos.

## 5.1 RESILIÊNCIA

A média geral do escore de resiliência encontrado na população total foi de  $147,7 \pm 12,0$  pontos indicando uma elevada resiliência (pontuação máxima do instrumento: 175). Conforme a Tabela 2, pôde-se observar que houve diferença significativa com relação à faixa etária, onde a média de resiliência foi menor entre os idosos com idades entre 60 a 64 anos ( $140,4 \pm 12,8$ ). Em relação às demais características sócio-demográficas, à atividade de trabalho e ao uso de antidepressivos, não foram verificadas diferenças significativas da resiliência.

## 5.2 RESILIÊNCIA E DOR CRÔNICA

Os idosos com dor crônica, submetidos a tratamento fisioterapêutico foram avaliados com relação à sua dor, antes do início do tratamento e após as dez sessões.

O índice de dor obtido através da EVA, antes do início da fisioterapia foi, em média, de 6,3 pontos, com um desvio padrão de 2,7. O índice de dor da EVA, na alta da fisioterapia foi de 2,2 pontos, com um desvio padrão de 1,6, indicando uma diferença de -4,1 pontos, com desvio padrão de 2,0, e com  $p < 0,001$  (Fig. 4). Porém, correlacionando a diferença entre antes e depois com a resiliência, não houve uma associação estatisticamente significativa ( $r = 0,061$ ;  $p = 0,740$ ), conforme Tabela 3.

Tabela 2. Resiliência média e desvio padrão nos idosos estudados, de acordo com as características sócio-demográficas e clínicas.

<b>Variável</b>	<b>Resiliência m ± dp</b>	<b>P*</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	149,5 ± 10,8	0,568
Feminino	147,3 ± 12,5	
<b>Faixa Etária</b>		
60-64 anos	140,4 ± 12,8	0,003
65-69 anos	149,3 ± 11,0	
70-74 anos	150,7 ± 9,3	
75 anos ou mais	149,0 ± 14,4	
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/Separado	147,7 ± 14,6	0,755
Casado	148,3 ± 11,3	
Viúvo	146,6 ± 13,3	
<b>Vive com companheiro</b>		
Sim	148,4 ± 14,6	0,330
Não	146,2 ± 13,9	
<b>Escolaridade</b>		
Primário Incompleto	148,0 ± 12,0	0,778
Primário Completo	146,7 ± 13,8	
Ginásio Completo	148,6 ± 10,0	
<b>Renda Mensal</b>		
Até 1 sm	147,5 ± 12,5	0,856
2 sm	148,2 ± 11,8	
3 sm ou mais	149,4 ± 13,0	
<b>Religião</b>		
Católica	147,5 ± 12,5	0,953
Outras	147,8 ± 12,5	
<b>Pratica a religião</b>		
Sim	147,6 ± 12,5	0,508
Não	144,2 ± 12,4	
<b>Trabalha</b>		
Sim	146,4 ± 12,8	0,586
Não	147,8 ± 12,5	
<b>Sobrecarga física nas atividades diárias</b>		
Sim	146,9 ± 13,0	0,669
Não	147,9 ± 12,4	
<b>Antidepressivos</b>		
Utiliza	149,2 ± 10,0	0,607
Não utiliza	147,3 ± 12,7	
<b>Tem dor</b>		
Sim	145,3 ± 13,6	0,108
Não	148,9 ± 11,6	

\* valor de P calculado pela análise de variância (One Way ANOVA) para as variáveis politômicas e pelo teste t de Student para amostras independentes, levando-se em consideração a igualdade de variâncias, para as variáveis dicotômicas.

m±dp – média ± desvio padrão ; sm – número de salários mínimos.

O questionário McGill, apresenta três importantes índices de avaliação, sendo a intensidade da dor presente, o número de descritores escolhidos e a intensidade dos descritores escolhidos. Analisando a intensidade da dor presente (caracterizada como 0-Nenhuma dor, 1-Fraca, 2-Moderada, 3-Forte, 4-Violenta e 5-Insuportável), a média de valores obtida foi de 3,0 com desvio padrão de 1,2, indicando que os idosos caracterizaram a intensidade de sua dor, em média, como sendo “Forte”. Na alta da fisioterapia, este índice foi obtido novamente, e a média de valores foi de 1,2 com desvio padrão de 1,0, demonstrando que a caracterização da intensidade da dor foi “Fraca”. A diferença obtida entre os valores da intensidade da dor antes e depois da fisioterapia foi de -1,7 com desvio padrão de 1,0, sendo o  $p < 0,001$  (Figura 5). Porém, ao correlacionar a diferença entre antes e depois da intensidade da dor presente com a resiliência, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3. Médias das medidas de intensidade da dor pela EVA e pelo Questionário de McGill e das medidas do QCME antes e após o tratamento fisioterápico e correlação da resiliência com as diferenças observadas nessas medidas.

VARIÁVEL	Antes m±dp	Depois m±dp	Diferença m±dp	P*	Correlação da diferença com a Resiliência	
					r**	P**
<b>EVA</b>	6,3±2,7	2,2±1,6	-4,1±2,0	<0,001	0,061	0,740
<b>McGill</b>						
Intensidade da dor presente	3,0±1,2	1,2±1,0	-1,7±1,0	<0,001	0,007	0,970
Nº de descritores	14,5±3,5	5,2±3,7	-9,3±4,0	<0,001	-0,098	0,593
Intensidade dos descritores	6,9±2,9	1,9±1,4	-5,0±2,8	<0,001	0,001	0,997
<b>QCME</b>						
Atividade física	10,2±8,0	10,6±9,2	+0,5±3,8	0,494	0,108	0,558
Trabalho	25,1±21,1	20,9±19,7	-4,2±10,1	0,024	0,530	0,002
Total	35,2±25,9	31,5±25,7	-3,7±12,0	0,086	0,480	0,005

\* valor de P calculado pelo teste t de Student para amostras pareadas.

\*\* coeficiente (r) e valor de p calculados pelo teste de correlação de Pearson

m±dp – média ± desvio padrão

EVA – Escala Visual Analógica de Dor

McGill – Questionário McGill

QCME – Questionário de Crenças do Medo-Evitamento

Observou-se que o número de descritores escolhidos, durante a aplicação do questionário McGill foi, no início da fisioterapia, em média, de 14,5±3,5 descritores, e após a alta, foi de 5,2±3,7 descritores, sendo uma diferença de -9,3±4,0 e  $p < 0,001$ . Houve uma clara diminuição de escolha de descritores comparando-se o início do tratamento e a alta (Figura 5). Porém, ao correlacionar a diferença entre antes e depois do número de descritores escolhidos

com a resiliência destes idosos, não houve diferença estatisticamente significativa ( $r=-0,098$ ;  $p=0,593$ ).

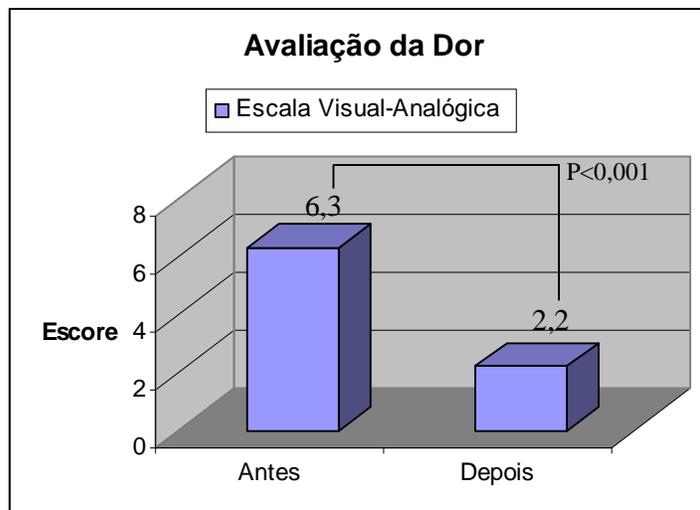


Fig. 4. Avaliação da dor antes e depois do tratamento fisioterapêutico, através da Escala Visual-Analógica da Dor.

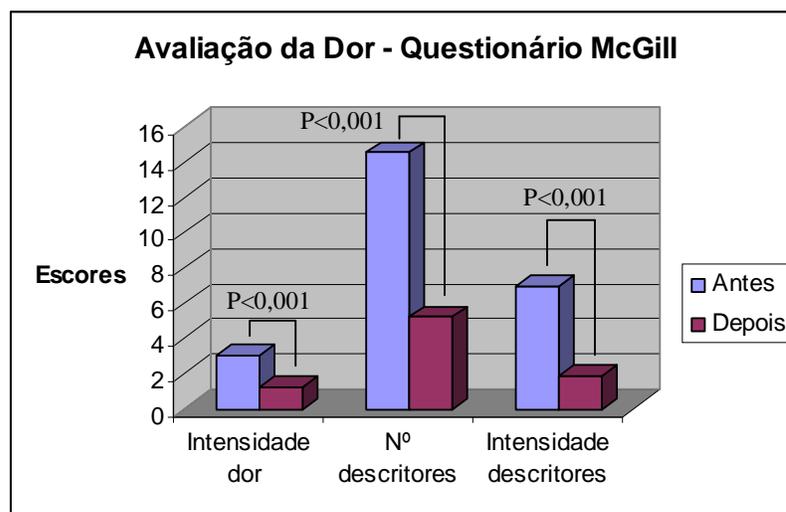


Fig. 5. Avaliação da dor antes e depois do tratamento fisioterapêutico, através do Questionário McGill.

O questionário McGill apresenta 20 quadros de opções de descritores, que devem ser escolhidos pelo indivíduo que o responde. Pode-se escolher no máximo um descritor de cada quadro, ou nenhum, caso não caracterize sua dor. Cada quadro apresenta um número

específico de descritores em ordem crescente de intensidade da dor, sendo cada descritor caracterizado com um número. Para o cálculo da intensidade dos descritores, a intensidade de cada um deles foi convertida para uma escala de 0 a 1, sendo 0 quando não marcado e 1 quando marcada a pior opção de intensidade. Estes 20 valores de 0 a 1 foram então somados. Portanto, os indivíduos desta pesquisa, ao serem avaliados no início do tratamento fisioterapêutico, com relação à intensidade dos descritores, obteve média de 6,9 pontos, com desvio padrão de 2,9. Depois do tratamento, a média foi de 1,9 pontos, com desvio padrão de 1,4, indicando escolhas de descritores menos intensos de dor ou menor número de descritores escolhidos. Houve uma diminuição de -5,0 pontos, com desvio padrão de 2,8, e  $p < 0,001$  (Fig. 5). Porém, ao correlacionar a diferença entre antes e depois da intensidade dos descritores escolhidos com a resiliência, também não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

O questionário de crenças do medo e evitamento é dividido em duas partes, onde a primeira relaciona a dor com atividade física, e a segunda, relaciona a dor com atividade profissional/trabalho. O escore máximo da primeira parte (atividade física) pode ser de 30 pontos, e o escore máximo da segunda parte (atividade profissional/trabalho) pode ser de 60 pontos. Com relação à atividade física, a média de valores obtida antes do tratamento fisioterapêutico foi de 10,2 pontos, com desvio padrão de 8,0, e a média obtida depois do tratamento foi de 10,6 pontos, com desvio padrão de 9,2, havendo diferença de +0,5, com desvio padrão de 3,8 e  $p = 0,494$  (Fig. 6). Não houve correlação significativa da diferença entre antes e depois com a resiliência.

Já, na categoria atividade profissional/trabalho, a média de valores obtida antes do tratamento fisioterapêutico foi de 25,1 pontos, com desvio padrão de 21,1, e a média obtida depois foi de 20,9, com desvio padrão de 19,7, havendo uma diferença entre o antes e o depois de -4,2, com desvio padrão de 10,1, e  $p = 0,024$  (Fig. 6). Quando correlacionada com a resiliência, a modificação entre antes e depois nesta categoria deste questionário mostrou uma associação estatisticamente significativa, com  $r = 0,530$  e  $p = 0,002$  (Tabela 3).

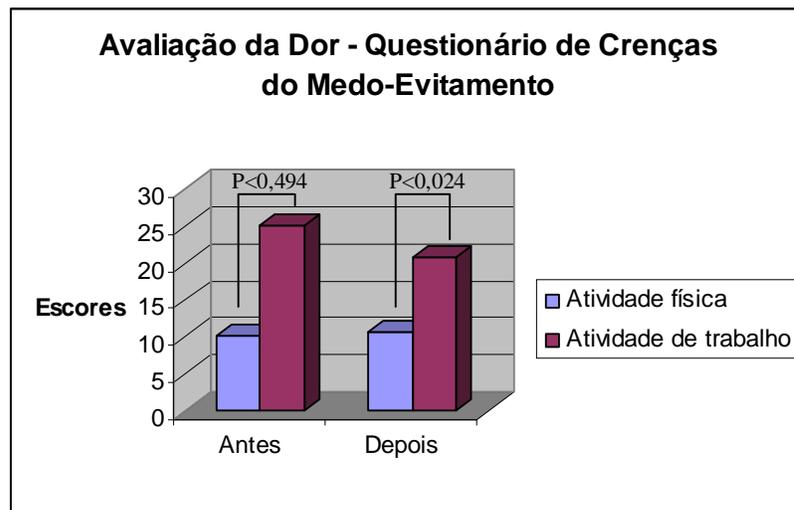


Fig. 6. Avaliação da dor antes e depois do tratamento fisioterapêutico, através do Questionário de Crenças do Medo-Evitamento.

## 6 DISCUSSÃO

Analisando as características demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, se vive com companheiro, escolaridade, renda mensal, religião, se pratica a religião, se tem alguma atividade de trabalho, sobrecarga física nas atividades diárias e uso de antidepressivos) do grupo de idosos estudado, e relacionando-as com presença ou ausência de dor crônica, pôde-se observar, significativamente, dos idosos que apresentaram dor, o grupo de maior prevalência foi o de idosos que se encontravam em uma faixa etária de 60 a 64 anos, eram casados, tinha estudado até o primário completo, eram praticantes de sua religião, não tinham atividade de trabalho e referiram sobrecarga física ao realizarem suas atividades diárias.

Portanto, dos idosos com dor crônica, os mais jovens apresentaram uma maior prevalência de dor crônica do que os idosos das outras faixas etárias. Em uma pesquisa que caracterizou a dor crônica de 172 idosos realizada por Dellaroza et al<sup>35</sup>, observou 100% de presença de dor crônica nos idosos acima de 80 anos e 58% nos idosos com idades entre 60 e 69 anos. Já uma pesquisa com mil idosos comunitários, identificou prevalência de dor crônica de 51% para jovens idosos (60 a 75 anos), 48% para os idosos (75 a 85 anos) e de 55% para os “mais idosos” (acima de 85 anos).<sup>33</sup>

Ferrell e Ferrell observaram que, no geral, os estudos baseados na população sugerem que a prevalência da dor aumenta com a idade, embora relatos de dor revelem uma tendência a diminuir um pouco entre os mais idosos.<sup>6</sup>

Sabe-se que o processo de envelhecimento, na maioria das vezes, se caracteriza pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência.<sup>33</sup> Mesmo assim, é preciso favorecer um envelhecimento saudável, promover os fatores de proteção (apoio social e auto-estima) e favorecer uma adequação aos fatores de risco, dentre eles a dor crônica.<sup>16</sup>

Analisando as demais características demográficas, é importante ressaltar que a prevalência de dor crônica foi maior no grupo de idosos que referiram sobrecarga física durante suas atividades diárias (62,7%). 62,7% dos idosos com dor crônica não tinham atividade de trabalho, e mesmo sem esta sobrecarga laboral, apresentaram elevado índice de dor crônica. É provável que mesmo sem uma atividade laboral remunerada, este idoso realize as suas atividades diárias, e, agravadas pelo processo da dor, as suas limitações e

incapacidades sejam maiores. Com o avançar da idade, a dor assume maior importância devido à sua expressiva prevalência aliada a freqüente limitação funcional global dela resultante.<sup>47</sup>

Segundo Neri, perdas na funcionalidade não são necessariamente um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, e, como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas de funcionalidade.<sup>48</sup>

Não foi possível estabelecer uma associação da dor crônica com as variáveis estudadas. Como a maior parte da população desta pesquisa participava de grupos de convivência, e não simplesmente foram incluídos por não apresentarem dor, possuem características comuns, como por exemplo, serem viúvos, praticantes de sua religião e trabalharem menos. Não se pode chegar à conclusão que os idosos com dor diferem dos sem dor crônica nas características estudadas porque foram avaliados de populações extremamente diferentes.

Um dos objetivos propostos deste estudo foi de verificar a possível influência das características demográficas e dor sobre a resiliência destes idosos.

O escore de resiliência identificado nos indivíduos estudados mostrou que estes idosos possuem uma elevada resiliência. Características como sexo, estado civil, se vive ou não com companheiro, escolaridade, renda mensal, religião, se pratica ou não sua religião, trabalho, sobrecarga física, utilização de antidepressivos e dor, não apresentaram relevância estatística quando correlacionadas com a resiliência. Significativamente, a faixa etária que demonstrou menor prevalência, e que foi estatisticamente significativa, foi a de idosos com idades entre 60 e 64 anos, obtendo um escore mais baixo na escala de resiliência (140,4 pontos com desvio padrão de 12,8, e um  $p < 0,003$ ).

Durante o processo de envelhecimento, ocorrem muitas mudanças nos âmbitos social, biológico e psicológico. Contudo, além de doenças, incapacidades e declínios, também se concebe aspectos positivos e potencialidades manifestadas de forma heterogênea entre os idosos. Para favorecer um envelhecimento saudável, faz-se necessário promover os fatores de proteção e favorecer uma adequação aos fatores de risco (como perda de entes queridos e doenças crônicas). Fatores de proteção são fortes influenciadores da capacidade de adaptação a fatores de risco, e esta capacidade é denominada resiliência.<sup>16</sup>

As pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos tiveram seu desenvolvimento maior nos últimos cinco anos.<sup>48</sup> Recentemente, as pesquisas sobre resiliência vêm sendo estendidas para outras faixas etárias, como a velhice por

exemplo.<sup>3,4</sup> Positivamente, analisando o envelhecer como uma fase de adversidades e necessárias adaptações, a resiliência vêm sendo entendida como um fator indicativo de qualidade de vida e bem-estar emocional do idoso.

Conforme Laranjeira, resiliência implica adaptação.<sup>49</sup> As definições de resiliência são amplas, mas a grande maioria delas converge para que a resiliência diz respeito ao potencial para a manutenção e a recuperação dos níveis de adaptação normal, ou seja, a resiliência é um subtipo do amplo espectro de mudanças possíveis na capacidade adaptativa.<sup>14</sup>

Dentro do que foi demonstrado nesta pesquisa, sendo o envelhecimento um processo de constantes modificações e necessárias adaptações, e sendo a resiliência um importante fator adaptativo de enfrentamento de adversidades, podemos inferir que quanto mais longo o indivíduo, maior será a sua resiliência.

Correlacionando ainda resiliência com presença ou ausência de dor crônica, não houve diferença estatisticamente significativa, não se podendo inferir que ser mais ou menos resiliente interfira no aparecimento de dor crônica nos idosos estudados. Existe, no entanto uma maior resiliência no grupo sem dor. É possível que com uma amostra maior de indivíduos se encontre uma significância estatística. Porém esta diferença não será tão expressiva.

Quando analisados os dados do grupo dos idosos com dor crônica, pôde-se observar uma melhora significativa da dor quando avaliada antes do início do tratamento fisioterapêutico e depois da alta. As diferenças entre o antes e o depois encontradas, foram significativas com relação à EVA, ao Questionário McGill (intensidade da dor presente, número de descritores escolhidos e intensidade do descritor escolhido) e ao Questionário de Crenças do Medo-Evitamento (atividade profissional/trabalho), sendo que o único item onde não houve diferença, foi atividade física (Questionário de Crenças do Medo-Evitamento).

O idoso que apresenta dor crônica, quando indicado pelo médico, é encaminhado ao tratamento fisioterapêutico, por ser uma opção de tratamento conservador, com ótimos resultados de analgesia, como comprovou esta pesquisa.

Práticas da medicina física como cinesioterapia, ativa e passiva, e acupuntura foram fortemente associadas ao “arsenal terapêutico da dor”.<sup>32</sup> Dentro das condutas utilizadas no tratamento fisioterapêutico dos idosos estudados, foram as mais citadas cinesioterapia (exercícios ativos, resistidos e de alongamentos) e recursos eletrotermoterapêuticos (TENS, Corrente Interferencial, Ondas Curtas).

Entendendo a dor crônica, na sua dimensão biopsicossocial, torna-se importante planejar seu tratamento tendo-se uma abordagem multidisciplinar. A dor crônica é

incapacitante e interfere com todos os aspectos da vida da pessoa. O fisioterapeuta deve trabalhar em íntima associação com o médico, o psicólogo, o assistente social e o próprio paciente.<sup>50</sup>

Muitas vezes, o resultado do tratamento fisioterapêutico pode estar atrelado às condições psicoemocionais do paciente tratado. A compreensão do ajustamento psicológico de um determinado paciente à sua incapacidade física se torna outro instrumento muito importante no arsenal do fisioterapeuta. Em vista de tudo isso, parece justificado considerar a composição psicológica de um paciente e o entrelaçamento da reabilitação psicológica e física como determinantes fundamentais no prognóstico da incapacidade funcional.<sup>51</sup>

Quando analisados os dados dos instrumentos de avaliação de dor (EVA, Questionário McGill e Questionário de Crenças do Medo-Evitamento) e correlacionados com a Resiliência, pôde-se observar que somente o item 'Atividade profissional/trabalho', do Questionário de Crenças do Medo-Evitamento teve relevância significativa, onde o  $p=0,002$ . Isto pode ser explicado pelo fato de muitos idosos, mesmo não tendo atividade de trabalho, considerarem suas atividades diárias funcionais como atividade de trabalho, dando a devida importância para este fator. E portanto, após a melhora da dor com o tratamento, os idosos relacionaram menos a mesma com o trabalho, e esta diferença foi maior nos menos resilientes. Os idosos mais resilientes modificaram menos a sua relação da dor com o trabalho após o tratamento.

O fato de um idoso ser independente nas suas atividades funcionais diárias, traz inúmeras repercussões para seu bem-estar físico e emocional. Não tornar-se dependente é uma preocupação constante do idoso. A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população.<sup>52</sup> Estudos anteriores têm mostrado que a total autonomia para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro varia entre 83% a 97% entre pessoas com  $\geq 65$  anos de idade residentes em diversas cidades americanas.<sup>52</sup> Em um recente estudo brasileiro, 85% dos participantes, com idade  $\geq 60$  anos, relataram não ter dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.<sup>52</sup>

Resumidamente, mesmo não se encontrando relevância significativa, ao analisar os dados conjuntamente, não se pode deixar de observar que dos idosos com dor crônica, os de 60 a 64 anos apresentaram uma prevalência maior, e, analisando-se a resiliência, este mesmo grupo de idosos apresentou menor escore de resiliência.

Analisando o principal objetivo desta pesquisa, a correlação entre resiliência e dor crônica, não houve associação entre elas, e também não houve associação entre a resiliência e uma melhor resposta ao tratamento fisioterapêutico. Como todos os idosos melhoraram sua

dor, pode-se não ter encontrado uma possível relação de menor resiliência com a não melhora da dor, porque não houve um estudo deste grupo.

Mesmo assim, estudos recentes vêm trazendo a resiliência como possível moderador de dor e estresse no idoso, conforme literatura já descrita por Friborg et al.<sup>41</sup>

Ao tratar um paciente idoso com dor crônica, não pode-se esquecer de avaliá-lo como um todo, não apenas no aspecto físico de sua dor, e sim, buscar identificar os demais fatores que o levam à esta percepção de dor. Não podemos isolar o corpo físico do restante do indivíduo, e esperar que o tratamento tenha êxito. De não menos importância é o efeito que o funcionamento psicológico do indivíduo pode exercer sobre a própria condição incapacitante.<sup>51</sup>

## 7 CONCLUSÕES

- Os idosos com e sem dor crônica não mostraram uma diferença significativa em seu grau de resiliência;
- Os indivíduos entre 60-64 anos apresentaram uma resiliência menor que aqueles com 65 anos ou mais;
- Não foi encontrada relação do nível de resiliência com sexo, estado civil, escolaridade, renda, religião ou sua prática, trabalho ou sobrecarga física do mesmo e utilização de antidepressivos;
- Não houve nenhuma correlação do grau de resiliência com o nível de melhora da dor, medido pela EVA e pelo Questionário McGill, após o tratamento fisioterapêutico;
- Quanto menor a resiliência, maior a redução da importância dada ao trabalho, observada após o tratamento fisioterapêutico, medida pelo Questionário de Crenças do Medo-Evitamento;
- Embora não tendo sido o objetivo do presente estudo, foi observada uma melhora significativa do quadro doloroso com o tratamento fisioterapêutico.

## REFERÊNCIAS

- 1 Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo*. 2003;8:75-84.
- 2 Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):436-448.
- 3 Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of American Geriatrics Society*. 2004;52:257-262.
- 4 Neri AL. *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papirus; 1995. p.34-35.
- 5 Shaie KW. The hazards of cognitive aging. *Gerontologist*. 1989;29:484-493 *apud* Neri AL. *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papirus; 1995.
- 6 Barr JO. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: Guccione AA. *Fisioterapia Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.333-56.
- 7 Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. *Rev Med*. 2001;80:1-21 *apud* Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):36-41.
- 8 Souza MTS, Cervený CMO. Resiliência Psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*. 2006;40(1):119-126.
- 9 Silva Jr JF. Resistência dos materiais. São Paulo: Ao livro técnico; 1972 *apud* Yunes MAM. *Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família*. *Psicologia em estudo*. 2003; 8: 75-84.
- 10 Tavares J. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001.
- 11 Timm EZ, Mosquera JJM, Stobäus CD. Resiliência: necessidade e possibilidade de problematização em contextos de docência. *Educação*. 2008;31:39-45.
- 12 Cyrulnik B. Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana. Lisboa: Instituto Piaget, 2003 *apud* Timm EZ, Mosquera JJM, Stobäus CD. Resiliência: necessidade e possibilidade de problematização em contextos de docência. *Educação*. 2008;31:39-45.
- 13 Noronha MGRC, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(2): 497-506.
- 14 Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. *Development and Psychology*. 1993;5:541-566 *apud* Neri AL. *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papirus; 1995. p.195-228.
- 15 Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 1999; 21: 119-144.

- 16 Santos LMO, Gomes TG, Góis LCM, Araújo PCB, Ferreira CL, Maia EMC. Resiliência e auto-estima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/RN. [periódico online]. 2009 [capturado 2010 jan 05]; Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/anais/gt12>
- 17 McCubbin ILL, Thompson AL, McCubbin MA. Family assessment: resiliency, coping and adaptation. Madison, University of Wisconsin Publishers. 1996 *apud* Souza MTS, Cerveny CMO. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. Rev Interam Psicol. 2006;40(1):119-126.
- 18 Martinez M, Garcia M. La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. Revista de Psicología de la salud. 1994;6:55-74 *apud* Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2006;19(2):301-308.
- 19 Gracia E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós; 1997 *apud* Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2006;19(2):301-308.
- 20 Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. IPEA/RJ - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2002.
- 21 Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística – IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br> (acesso em 19/08/2008).
- 22 Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Publ. 1987;21(3):211-24.
- 23 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):725-733.
- 24 Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 363-372.
- 25 Papaléo Netto M. Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1999.
- 26 Duthie EH, Katz PR. Practice of Geriatrics. Philadelphia: Saunders Co; 1998 *apud* Rebelatto JR, Calvo JI, Orejuela JR, Portillo JC. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. Rev Bras Fisioter. 2006;10(1):127-132.
- 27 Oliveira DLC, Goretta LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. Rev Bras Fisioter. 2006;10(1):91-96.

28 Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Rev Elet de Enfermagem. [periódico online]. 2005[capturado 2008 jul 20];7(1):Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm> .

29 Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1999. *apud* Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Rev Elet de Enfermagem. [periódico online]. 2005[capturado 2008 jul 20];7(1):Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm> .

30 Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1989.

31 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da N.A.N.D.A.: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2002 *apud* Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Rev Elet de Enfermagem. [periódico online]. 2005[capturado 2008 jul 20];7(1):Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm> .

32 Lima MAG, Trad L. Dor crônica: objeto insubordinado. História, Ciências e Saúde – Manguinhos. 2008;15(1):117-133.

33 Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saúde Pública. 2007;23(5):1151-1160.

34 Pimenta CAM, Teixeira MJ. Avaliação da dor. Rev Medicina. 1997;76:27-35 *apud* Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saúde Pública. 2007;23(5):1151-1160.

35 Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(1):36-41.

36 Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000 *apud* Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Rev Elet de Enfermagem. [periódico online]. 2005[capturado 2008 jul 20];7(1):Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm> .

37 Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. Pain. 1997;70:3-14.

38 Rull M. Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. Rev Soc Esp Dolor. 2004;11(3):119-121 *apud* Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Rev Elet de Enfermagem. [periódico online]. 2005[capturado 2008 jul 20];7(1):Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm> .

- 39 Yeng LT, Stump P, Kaziyama HHS, Teixeira MJ, Imamura M, Greve JMD. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Rev Med.* 2001;80:245-55.
- 40 Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2006;19(2):301-308.
- 41 Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res.* 2006;61:213-219.
- 42 Strand EB, Zautra AJ, Thoresen M, Odegard S, Uhlig T, Finset A. Positive affect a factor of resilience in the pain – negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research.* 2006; 60: 477-484.
- 43 Felten BS. Resilience in a Multicultural Sample of Community-Dwelling Women Older Than Age 85. *Clinical Nursing Research.* 2000; 9(2): 102-123.
- 44 Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP.* 1996;30(3):473-83.
- 45 Waddel G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain.* 1993;52:157-168 *apud* Gonçalves E, Cruz E. Fidedignidade e estrutura interna da versão portuguesa do Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire. *Essfisioline.* 2007;3(3):52-63.
- 46 Guccione AA. *Fisioterapia Geriátrica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.334.
- 47 Santos CC, Pereira LSM, Resende MA, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatr.* 2006;13(2): 75-82.
- 48 Rech TF. (2007) A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sócio-demográficas e funções cognitivas. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUC, Porto Alegre, Brasil.
- 49 Laranjeira CASJ. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2007; 23(3): 327-332.
- 50 Hall CM, Brody LT. *Exercício Terapêutico na Busca da Função.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.156.
- 51 O'Sullivan SB, Schmitz TJ. *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.* São Paulo: Editora Manole; 1993. p.15-21.
- 52 Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública.* 2003; 19(3): 735-743.

## APÊNDICE A

---

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido INFLUÊNCIA DA RESILIÊNCIA NA DOR CRÔNICA DE IDOSOS**

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa. Estamos convidando todas as pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem dor crônica residentes no município de Flores da Cunha.

Esta pesquisa tem por objetivo estudar a influência da resiliência na dor crônica. A resiliência é um termo atual que significa que o indivíduo tem uma capacidade de superar algum obstáculo em sua vida, seja ele físico ou emocional, como a dor crônica por exemplo. Caso você aceite participar, preencherá algumas perguntas sobre resiliência e dor.

Garantimos que as respostas obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos e a identidade dos participantes será preservada.

Eu.....  
declaro que participarei desta pesquisa, pois fui informado de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos prováveis benefícios, além de saber que esta pesquisa não oferecerá risco a minha saúde. Também fui informado que receberei resposta a qualquer pergunta relacionado com a pesquisa. Sei que a minha decisão de participar ou não do estudo não influenciará no meu atendimento.

Fui informado (a) que tenho liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e que posso deixar de participar do estudo. E também que a minha participação não me acarretará gastos adicionais.

Sei que os pesquisadores responsáveis, Gisele Oltramari (fone 05499860718) e Profº Dr. Irenio Gomes Filho (fone 05199999396), responder a qualquer dúvida referente a este estudo. Declaro que recebi cópia deste termo. Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa Instituição (fone 05133203345) em 09/01/2009.

---

Paciente

---

Pesquisadora

**APÊNDICE B****Ficha de Avaliação****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua: \_\_\_\_\_

Num: \_\_\_\_\_ Compl: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS GERAIS**

1. Idade? \_\_\_\_\_ (em anos completos)

1.1 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Sexo:

(1) Masculino

(2) Feminino

3. Atual estado civil:

(1) Solteiro (a)

(2) Casado (a)

(3) Viúvo (a)

(4) Desquitado(a)/Separado(a)

(5) NR

4. Vive com companheiro(a)

(1) Sim

(2) Não

(3) NR

5. Escolaridade:

(01) Analfabeto

(02) Alfabetizado fora da escola (não fez a 1ª série)

(03) Primário incompleto (1ª a 3ª série)

(04) Primário completo (4ª série)

(05) Ginásial incompleto (5ª a 7ª série)

(06) Ginásial completo (8ª série)

(07) Secundário incompleto (1ª a 2ª s. do 2º grau)

(08) Secundário completo (3ª série do 2º grau)

(09) Superior incompleto

(10) Superior completo

(11) NR

6. Qual a sua última renda mensal?

R\$[\_\_\_\_\_,00]

\_\_\_\_\_ salários mínimos

7. Qual a renda mensal média de sua família?

R\$[\_\_\_\_\_,00]  
\_\_\_\_\_ salários mínimos

8. Qual a sua religião?

- (1) Católica (Romana, Ortodoxa, Brasileira)
- (2) Evangélica (Anglicana, Episcopal, Luterana, Batista, Congregação Cristã do Brasil, Pente-costal, Adventista, Testemunha de Jeová, Outra \_\_\_\_\_)
- (3) Espírita (Kardecista)
- (4) Judaica (Israelista)
- (5) Afro-brasileira (Umbanda, Candomblé)
- (6) Outra (Budista, Xintoísta, Maometana, Esotérica, \_\_\_\_\_)
- (7) Nenhuma
- (8) NR

9. É praticante de sua religião?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) NR

10. Atividade de trabalho atual:

- (1) Não trabalha
- (2) Tem trabalho voluntária
- (3) Tem trabalho remunerado
- (4) NR

11. Acredita que tem uma sobrecarga física nas suas atividades diárias?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) NR

12. Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

13. Local da dor:

- ( ) Membro Superior
- ( ) Membro Inferior
- ( ) Coluna Cervical
- ( ) Coluna Dorsal
- ( ) Coluna Lombar
- ( ) Outros

14. Medicações em uso: \_\_\_\_\_

15 Data da reavaliação e alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## ANEXO I – ESCALA DE RESILIÊNCIA

(Faça um círculo no número indicando quanto você concorda ou discorda de cada frase)

DISCORDO TOTALMENTE							CONCORDO TOTALMENTE
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7

DISCORDO TOTALMENTE						CONCORDO TOTALMENTE	
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes, eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO II**

---

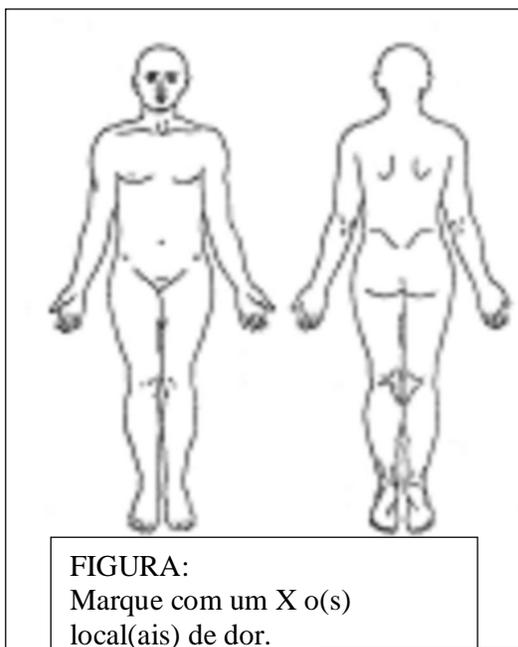
**Escala Análogo-Visual de Dor**

SEM DOR



PIOR DOR

## ANEXO III



## Questionário de Dor McGill

INTENSIDADE DA DOR  
PRESENTE

- ( ) 0 – Nenhuma dor  
 ( ) 1 – Fraca  
 ( ) 2 – Moderada  
 ( ) 3 – Forte  
 ( ) 4 – Violenta  
 ( ) 5 – Insuportável

AID =

PROPRIEDADES  
TEMPORAIS DA  
DOR

- ( ) Contínuas  
 ( ) Ritmadas  
 ( ) Momentâneas

- 1**  
 1-( ) Vibração  
 2-( ) Tremor  
 3-( ) Pulsante  
 4-( ) Latejante  
 5-( ) Como batida  
 6-( ) Como pancada

- 2**  
 1-( ) Pontada  
 2-( ) Choque  
 3-( ) Tiro

- 3**  
 1-( ) Agulhada  
 2-( ) Perfurante  
 3-( ) Facada  
 4-( ) Punhalada  
 5-( ) Em lança

- 4**  
 1-( ) Fina  
 2-( ) Cortante  
 3-( ) Estraçalha

- 5**  
 1-( ) Beliscão  
 2-( ) Aperto  
 3-( ) Mordida  
 4-( ) Cólica  
 5-( ) Esmagamento

- 6**  
 1-( ) Fisgada  
 2-( ) Puxão  
 3-( ) Em torção

- 7**  
 1-( ) Calor  
 2-( ) Queima  
 3-( ) Fervente  
 4-( ) Em brasa

- 8**  
 1-( ) Formigamento  
 2-( ) Coceira  
 3-( ) Ardor  
 4-( ) Ferroada

- 9**  
 1-( ) Mal localizada  
 2-( ) Dolorida  
 3-( ) Machucada  
 4-( ) Doida  
 5-( ) Pesada

- 10**  
 1-( ) Sensível  
 2-( ) Esticada  
 3-( ) Esfolante  
 4-( ) Rachando

- 11**  
 1-( ) Cansativa  
 2-( ) Exhaustiva

- 12**  
 1-( ) Enjoada  
 2-( ) Sufocante

- 13**  
 1-( ) Amedrontadora  
 2-( ) Apavorante  
 3-( ) Aterrorizante

- 14**  
 1-( ) Castigante  
 2-( ) Atormenta  
 3-( ) Cruel  
 4-( ) Maldita  
 5-( ) Mortal

- 15**  
 1-( ) Miserável  
 2-( ) Enlouecedora

- 16**  
 1-( ) Chata  
 2-( ) Que incomoda  
 3-( ) Desgastante  
 4-( ) Forte  
 5-( ) Insuportável

- 17**  
 1-( ) Espalha  
 2-( ) Irradia  
 3-( ) Penetra  
 4-( ) Atravessa

- 18**  
 1-( ) Aperta  
 2-( ) Adormece  
 3-( ) Repuxa  
 4-( ) Espreme  
 5-( ) Rasga

- 19**  
 1-( ) Fria  
 2-( ) Gelada  
 3-( ) Congelante

- 20**  
 1-( ) Aborrecida  
 2-( ) Dá náusea  
 3-( ) Agonizante  
 4-( ) Pavorosa  
 5-( ) Torturante

## ANEXO IV

## Questionário de Crenças do Medo e Evitamento

<b>ATIVIDADES FÍSICAS</b>							
	DISCORDO COMPLETAMENTE		NÃO TENHO CERTEZA		CONCORDO COMPLETAMENTE		
1. A minha dor foi causada por atividade física	0	1	2	3	4	5	6
2. A atividade física faz piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
3. A atividade física poderá prejudicar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
4. Eu não devo fazer atividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
5. Eu não posso fazer atividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
<b>ATIVIDADE PROFISSIONAL / TRABALHO</b>							
	DISCORDO COMPLETAMENTE		NÃO TENHO CERTEZA		CONCORDO COMPLETAMENTE		
6. A minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7. O meu trabalho fez agravar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8. O meu trabalho é muito pesado para mim	0	1	2	3	4	5	6
9. O meu trabalho faz ou poderá vir a fazer com que a minha dor piore	0	1	2	3	4	5	6
10. O meu trabalho poderá prejudicar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
11. Atualmente, com esta dor, eu não deveria fazer o meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
12. Eu não consigo fazer o meu trabalho com a dor que tenho atualmente	0	1	2	3	4	5	6
13. Eu não posso continuar o meu trabalho normal até a minha dor estar tratada	0	1	2	3	4	5	6
14. Eu não acredito que vou voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
15. Eu não acredito que seja alguma vez capaz de voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-014/08

Porto Alegre, 09 de janeiro de 2009.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04439 intitulado: **"Influência da resiliência na dor crônica de idosos"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Góidim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Dr. Irênio Gomes da Silva Filho  
IGG  
N/Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)