

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**DOR CRÓNICA, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SOLIDÃO,
EM PESSOAS IDOSAS SEGUIDAS EM CONSULTA DE DOR**

**DOLOR CRÓNICO, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOLEDAD,
EN PERSONAS MAYORES SEGUIDAS EN CONSULTA
DE DOLOR**

**CHRONIC PAIN, FAMILY FUNCTIONALITY AND LONELINESS
IN ELDERLY PEOPLE FOLLOWED IN PAIN CONSULTATION**

Inês dos Santos Gomes - Fisioterapeuta no Centro Hospitalar Cova da Beira, Mestre em Gerontologia Social, Doutoranda em Biomedicina

Vítor Manuel Barreiros Pinheira - Fisioterapeuta, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

RESUMO

O processo de envelhecimento caracteriza-se por alterações físicas, emocionais e sociais. Este estudo transversal observacional decorreu entre Março e Junho de 2017 e incluiu 59 idosos acompanhados em Consulta da Dor, no Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco. Tem por objetivo verificar a relação entre a Dor Crónica, a Incapacidade Funcional, a Solidão e a Funcionalidade Familiar, em idosos acompanhados em Consulta da Dor. Os participantes preencheram: Questionário de caracterização sociodemográfica, Questionário Breve de Estado Mental, Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, Escala de Solidão da UCLA e APGAR Familiar. Verificou-se que as mulheres procuram mais a consulta da dor, as queixas são maioritariamente de origem não oncológica e apresentam maior compromisso funcional. As dores de origem oncológica prevalecem nos homens. A dor é mais intensa nas mulheres, viúvos(as), nos que vivem sozinhos ou acompanhados pelos filhos e na dor crónica não oncológica. A solidão é maior nos solteiros, nos que vivem com outros familiares e têm dor crónica não oncológica. A funcionalidade familiar é maior nos casados, nos que vivem em meio rural, com o cônjuge e filhos; é menor nos indivíduos com doenças oncológicas.

Palavras-chave: Idosos; dor; incapacidade funcional; solidão; funcionalidade familiar.

RESUMEN

El proceso de envejecimiento se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales. Este estudio transversal observacional transcurrió entre marzo y junio de 2017 e incluyó a 59 ancianos acompañados en Consulta del Dolor, en el Hospital Amato Lusitano en Castelo Branco. Se trata de verificar la relación entre el dolor crónico, la incapacidad funcional, la soledad y la funcionalidad familiar, en ancianos acompañados en la consulta del dolor. Los participantes llenaron: Cuestionario de caracterización sociodemográfica, Cuestionario Breve de Estado Mental, Índice de Incapacidad Relacionada con el Dolor, Escala de Soledad de la UCLA y APGAR Familiar. Se verificó que las mujeres buscan más la consulta del dolor, las quejas son mayoritariamente de origen no oncológico y presentan mayor compromiso funcional. Los dolores de origen oncológico prevalecen en los hombres. El dolor es más intensa en las mujeres, viudos (as), en los que viven solos o acompañados por los hijos y en el dolor crónico no oncológico. La soledad es mayor en los solteros, en los que viven con otros familiares y tienen dolor crónico no oncológico. La funcionalidad familiar es mayor en los casados, en los que viven en medio rural, con

el cónyuge e hijos; es menor en los individuos con enfermedades oncológicas.

Palabras clave: Ancianos; dolor; incapacidad funcional; soledad; funcionalidad familiar.

ABSTRACT

The aging process is characterized by physical, emotional and social changes. This observational cross-sectional study took place between March and June of 2017 and included 59 elderly patients in the Consultation of Pain at the Amato Lusitano Hospital in Castelo Branco. The objective of this study was to verify the relationship between Chronic Pain, Functional Disability, Loneliness and Family Functionality, in the elderly seen in pain appointment. Participants completed: Sociodemographic Characterization Questionnaire, Brief Mental State Questionnaire, Pain-Related Disability Index, UCLA Loneliness Scale, and Family APGAR. It was verified that women seek more the consultation of the pain, the complaints are mainly of non-oncological origin and present a greater functional commitment. The complaints of pain of cancer origin prevail in men. The pain is more intense in women, widows, in those who live alone or with their sons, and in non-oncologic chronic pain. Loneliness is greater in singles, in those who live with other relatives and have chronic non-oncologic pain. The family functionality is greater in married couples, those living in rural areas, with spouses and sons; is lower in individuals with oncological diseases.

Keywords: Elderly; pain; functional disability; loneliness; family functionality.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento caracteriza-se pela alta incidência de problemas de saúde, como é o caso de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevados níveis de dependência⁽¹⁾.

A dor persistente é comum entre a população idosa. Trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante de estímulos sensoriais ou lesões neurológicas e modificado por memória individual, expectativas e emoções, geralmente associada a lesão ou a um processo fisiopatológico⁽²⁾. É um problema que afecta diariamente milhares de pessoas em todo o mundo e segundo International Association for the Study of Pain (IASP), é uma das razões que mais leva à procura dos cuidados de saúde, constituindo a queixa mais frequente e antiga da história da Medicina.

A dor é considerada crónica quando existe há 3 meses ou mais ou, quando persiste além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem⁽³⁾. A sua abordagem distancia-se cada vez mais de um método meramente biomédico, baseado nos sintomas e no controlo farmacológico, e aproxima-se cada vez mais de um modelo biopsicossocial, através de uma equipa de profissionais multidisciplinares, capaz de produzir melhores resultados na gestão da dor⁽⁴⁾.

É comum entre as pessoas idosas e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida, estando frequentemente associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, podendo levar ao isolamento e à necessidade de apoio e dependência de uma terceira pessoa, geralmente membro do agregado familiar⁽⁵⁾.

Capacidade Funcional

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realça a capacidade funcional e a independência dos idosos, como fatores preponderantes para a saúde física e mental dessa população.

A diminuição progressiva da capacidade funcional, que caracteriza o processo de envelhecimento, é descrita pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS como “termo que engloba todas as funções do corpo, estruturas do corpo, actividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)”. Por sua vez, o oposto, a incapacidade, é descrita como “termo que inclui deficiências, limitação da actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)”⁽⁶⁾.

É com base nesse pressuposto, que se deve instrumentar e operacionalizar uma política de cuidados à saúde do idoso⁽⁷⁾. Relativamente às causas, a perda da capacidade funcional poderá estar associada, junto ou isoladamente, à perda de um ente querido, dificuldades económicas, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, que poderá ter implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso⁽⁸⁾.

As altas taxas de incapacidade e limitações funcionais associadas ao envelhecimento, traduzem-se frequentemente na necessidade de cuidados por parte de outros, com impacto sobre a família e sobre o sistema de saúde⁽⁹⁾. Quando o sistema familiar apresenta dificuldades em aceitar e entender o processo de envelhecimento de um dos seus membros, a convivência familiar torna-se conflituosa e pode trazer repercussões físicas, emocionais, sociais e económicas nessa etapa do ciclo de vida familiar⁽¹⁰⁾.

Funcionalidade Familiar

A família é uma construção social influenciada pela cultura, contexto histórico e pelas relações; em geral, é sinónimo de afetividade, companheirismo e solidariedade. Funciona internamente por meio de três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação⁽¹¹⁾ e pode ser classificada como funcional ou disfuncional.

Uma família é considerada funcional quando há uma relação harmoniosa e equilibrada entre os membros de uma família, com definição de tarefas ou funções claras e aceites pelos seus membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios⁽¹²⁾. Verifica-se uma resposta emocionalmente estável aos conflitos e às situações críticas e os membros são capazes de conviver em harmonia, mantendo-se independentes, porém comprometidos uns com os outros. São famílias com relações baseadas no respeito, conhecimento e compreensão e desempenham um papel fundamental no cuidado ao idoso⁽¹¹⁾. Nos sistemas familiares disfuncionais, os membros dão prioridade aos interesses individuais em detrimento do grupo familiar, não assumem os papéis que lhes compete e em situações de crise, culpam os próprios familiares. Os vínculos são superficiais e a agressividade e a hostilidade são comuns. O fato do idoso pertencer a este tipo de sistema familiar afeta a sua capacidade de resolver as dificuldades associadas ao envelhecimento⁽¹¹⁾.

Solidão

A solidão pode ser descrita como um sentimento de isolamento ou afastamento dos outros, estando na presença deles ou não. É um estado emocional resultante de situações de incompreensão ou rejeição pelos outros, e/ou pela falta de contactos sociais apropriados ou satisfatórios para uma determinada actividade, em especial, as que providenciam um sentimento de integração social e oportunidades para uma intimidade emocional⁽¹³⁾.

É caracterizada por sentimentos desagradáveis e angustiantes⁽¹⁴⁾, que resultam da percepção individual de discrepância entre as relações sociais existentes e as desejadas. Trata-se de uma experiência subjectiva, que não pode ser previsível por indicadores objetivos, como o de isolamento físico⁽¹⁵⁾.

Com o passar da idade, os idosos têm tendência a diminuir os seus contactos sociais; as relações sociais e a troca de apoio familiar diminuem, transportando sentimentos de insegurança, instabilidade, ansiedade, baixas expectativas, medo e solidão⁽¹⁴⁾.

Em termos pessoais existem dois marcos fundamentais na vida de uma pessoa e que poderão estar na origem de sentimentos como a solidão: a família e o trabalho, que são os dois eixos principais que estruturam e definem a existência humana.

A partir do século XVIII verificaram-se modificações ao nível da estrutura familiar, com repercussões nos cuidados e apoios prestados aos idosos. Um dos primeiros marcos na vida familiar prende-se com a saída da casa pelos filhos. A diminuição do número de membros está frequentemente associada ao “ninho vazio” ou período pós-parental, habitualmente enfrentado pelos pais a partir dos 50 anos de idade, quando os filhos abandonam o lar para estudar ou trabalhar e com um profundo impacto emocional, manifestando-se numa diminuição da sensação de bem-estar e solidão⁽¹⁶⁾.

Com a facilidade de mobilidade da população ativa, os mais velhos vivem cada vez mais sozinhos ou num seio familiar pouco numeroso e distantes dos familiares mais próximos como os filhos ou os netos. Os idosos acabam por ficar sós nas suas próprias habitações ou são institucionalizados⁽¹³⁾. Nos meios rurais, onde, apesar de existirem mais redes sociais, a nível familiar e de vizinhança, devido ao isolamento geográfico, muitas habitações estão isoladas e com difíceis acessos⁽¹⁷⁾.

Outro marco importante é a morte do companheiro, vivida pelos idosos de uma forma dolorosa, pelo fim da relação amorosa de muitos anos, perdendo a pessoa com quem partilhavam os seus segredos, inquietações e intimidades. Para este autor, os idosos viúvos, por norma, sentem solidão e desilusão com a vida⁽¹⁷⁾. À tristeza da perda do companheiro(a), idosos são forçados a assumir a sua perda como definitiva. Na maioria dos casos, o idoso vê-se confrontado com a necessidade de escolha de um novo modo de vida: viver sozinho, viver com a família ou ser institucionalizado numa residência sénior⁽¹⁸⁾.

No que diz respeito ao trabalho, a reforma constitui uma mudança importante e delicada no curso da vida dos indivíduos; além do corte com a sua actividade função diária, há uma profunda mudança nas tarefas do dia-a-dia. Por um lado, a pessoa vê-se confrontada com a desorganização da vida e falta de iniciativa para enfrentar a nova realidade, dominada pela ruptura definitiva com as obrigações de trabalho e com uma grande quantidade de tempo disponível; por outro, o abandono do mercado de trabalho implica um processo paralelo de desvinculação social⁽¹⁸⁾.

A velhice caracteriza-se assim por um processo de alterações físicas e pela e perda de papéis, quer ao nível profissional, quer ao nível das relações familiares e das redes sociais. Essas mudanças tornam-se inevitáveis e atribuem à velhice um cariz de intensa perda afectiva. Desse modo, o verdadeiro desafio do envelhecimento, é o confronto e a readaptação face a essas nossas condições.

A manutenção da autonomia e da independência são condições necessárias para um processo de envelhecimento saudável e é, com base nesse pressuposto, que se deve instrumentar e operacionalizar uma política de cuidados à saúde do idoso. Perante esta reali-

dade, torna-se importante compreender a relação entre a dor crónica, dos idosos seguidos em consulta da dor, com a incapacidade funcional, a solidão e a funcionalidade familiar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal. Teve lugar na Unidade de Dor Crónica e Medicina Paliativa, do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco e na Consulta Externa do Hospital do Fundão, entre Março e Junho de 2017.

A amostra foi Intencional, constituída por 59 adultos acompanhados na Consulta da Dor, por motivo de Dor Crónica de causa Oncológica ou Não Oncológica.

Foram incluídas as pessoas com idade ≥ 55 anos, com Dor Crónica, sem déficite cognitivo e que aceitaram participar no estudo (assinaram o consentimento informado).

Considerações Éticas

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e foi autorizada pelo Conselho de Administração da ULSCB e do CHCB, dos Diretores de Serviço envolvidos e obteve parecer positivo das Comissões de Ética das instituições envolvidas.

Para a recolha de dados, foi elaborado um Consentimento Livre e Informado, com uma explicação do estudo, seus objetivos e garantia de confidencialidade dos dados recolhidos. Para cada utente foram aplicados dois exemplares, um para o próprio utente e outro para o investigador, todos datados e assinados pelos participantes (utente e investigador). Para a utilização dos diferentes questionários, foi também feita a solicitação de autorização aos autores da versão para a população Portuguesa.

Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha foi feita através da aplicação de questionários, num único momento (antes ou depois da consulta). Para as diferentes medidas, foram utilizados instrumentos específicos de avaliação, nomeadamente: Questionário Breve de Estado Mental (avaliação da função cognitiva)⁽²⁰⁾, Questionário de recolha de Dados Sociodemográficos, Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (avaliação da incapacidade por dor)⁽²¹⁾, APGAR Familiar (avaliação da funcionalidade familiar)⁽¹⁰⁾ e a Escala de Solidão da UCLA (avaliação da solidão)⁽²²⁾. Todos os instrumentos são de auto-preenchimento, no entanto, tendo em consideração os baixos níveis de escolaridade dos sujeitos e a dificuldade de leitura e interpretação dos mesmos, optou-se pela entrevista.

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e a estatística inferencial, através do programa informático SPSS – Statistical Package For Social Science.

RESULTADOS

Participaram no estudo 59 indivíduos, cujas características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na tabela seguinte (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Género		Idade			Estado civil		
Feminino	Masculino	Min.	Máx.	Média	Solteiros	Casados	Viúvos
66%	34%	56	94	77,15±	5%	56%	49%
Habitação		Com quem habita			Patologia Subjacente		
Meio rural	Meio citadino	Cônjuge	Instituição	Filhos	Osteoarticular degenerativa	Oncológica	
66%	34%	56	94	77,15±	77,15±	49%	

As queixas localizavam-se essencialmente ao nível dos membros inferiores (20,3%), coluna lombar (15,3%) e região abdominal (13,6%).

No que diz respeito ao acompanhamento dos participantes por outras valências, constatou-se que 72,9%, eram acompanhados por consultas de outras especialidades médicas e apenas 6,8% eram seguidos por mais serviços, nomeadamente consultas de outras Especialidades Médicas, Fisioterapia e Psicologia.

A maior percentagem de inquiridos que responderam “sem dor” pertenciam ao género masculino, eram casadas(os), viviam acompanhados com o cônjuge, tinham dor de origem oncológica e uma família altamente funcional. Os que responderam ter “dor máxima” eram do género feminino, viúvas(os), viviam sozinhos ou com os filhos e tinham dor de origem não oncológica por doença osteoarticular degenerativa.

Os participantes que eram acompanhados apenas por consultas de outras Especialidades Médicas classificavam a dor como “moderada”, ao invés dos que eram acompanhados em mais valências (Especialidades Médicas, Fisioterapia e Psicologia) que classificavam como “sem dor”.

Verificou-se que 93,2% dos participantes eram mentalmente funcionais e 6,8% tinham limitação cognitiva média.

As pontuações dos instrumentos de medida utilizados para avaliar cada dimensão específica, são apresentados na Tabela seguinte (Tabela 2).

Tabela 2 - Pontuações dos questionários utilizados.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Índice de Incapacidade relacionada com a Dor (Score total)	2	50	24,24	13,423
- Responsabilidades familiares/domésticas	0	10	6,19	3,148
- Atividades vitais	0	5	0,76	1,250
Escala de Solidão da UCLA	33	72	59,66	8,388
APGAR Familiar:	Frequência		Porcentagem válida	
- Família altamente funcional	45		76,3	
- Família com moderada disfunção	11		18,6	
- Família com disfunção acentuada	3		5,1	

O Companheirismo e a Capacidade Resolutiva foram as dimensões do APGAR Familiar onde os participantes mostraram estar menos satisfeitos e a Adaptação a dimensão com maior satisfação.

Da inferência estatística constatou-se que:

- existem diferenças estatisticamente significativas quanto à intensidade da dor; é significativamente superior no género feminino, nas patologias reumatológicas e osteoarticulares degenerativas e menor nas patologias oncológicas. É também significativamente superior nas situações de dor crónica de origem não oncológica. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, a intensidade da dor é maior em quem vive sozinho, acompanhado por outros familiares que não o cônjuge ou os filhos e menor nos que vivem numa instituição;

- a incapacidade funcional é estatisticamente superior no género feminino, nas doenças neurológicas e menor nas situações pós-cirúrgicas oncológicas;
- a solidão apesar de não ter apresentado diferença estatisticamente significativa, é maior nos solteiros, seguido dos viúvos e menor nos casados. É maior nos que vivem com outros familiares e menor nos que vivem numa instituição. É maior ainda nos que têm dor crónica de origem não oncológica;
- a funcionalidade familiar também não apresentou diferenças estatisticamente significativas, mas constatou-se que os inquiridos casados, que vivem em meio rural, com o cônjuge e os filhos e em condição pós-cirurgia oncológica, apresentam uma família mais funcional. Os solteiros, os que vivem na cidade, sozinhos ou em instituições e que têm doenças oncológicas, têm uma família menos funcional.

DISCUSSÃO

Verificou-se que 61% dos participantes vivem em pequenas comunidades em meio rural do Concelho de Castelo Branco e Fundão. Estamos perante uma mudança na estrutura familiar; a família nuclear dá origem a uma família alargada, onde várias gerações co-habitam. Ao mesmo tempo, os que vivem mais distantes dos familiares mais próximos como os filhos ou os netos, ficam sós nas suas próprias habitações ou são institucionalizados⁽²³⁾. Da amostra recolhida, 20,3% vivem sozinhos e 79,7% acompanhados. Dos sujeitos que vivem acompanhados, a maioria vive com o cônjuge, com os filhos ou numa instituição, sendo que os cuidadores habituais são também o cônjuge, os filhos e os cuidadores informais, funcionários da instituição onde residem. A limitação física tende a levar à dependência e ajuda dos outros e quando vivem com os seus familiares, os idosos são mais felizes e sentem-se mais seguros⁽¹³⁾.

Relativamente às queixas dolorosas, a maior percentagem está associada a doenças osteoarticulares degenerativas (47,5%) e oncológicas (27,1%) e localizam-se predominantemente nos membros inferiores e em mais que uma região, seguindo-se a dor lombar, indo de acordo com o que Hall (2016)⁽⁴⁾ defende: as dores crónicas não oncológicas de maior prevalência são algumas neuropatias e doenças degenerativas músculo-esqueléticas, entre as quais a dor crónica lombar. A intensidade é significativamente mais alta nas mulheres que nos homens, assim como nos casos de dor de origem não oncológica. Os dados vão de encontro à bibliografia, referindo que a dor é mais frequente e mais intensa nas mulheres⁽²⁵⁾. A intensidade da dor não mostrou variar

significativamente com o estado civil, no entanto, revelou ser mais elevada nas pessoas que vivem sozinhas, do que nas que vivem acompanhadas. Das que vivem acompanhadas, a dor é maior nos que vivem com outros familiares e menor nos que residem em instituições.

Constatou-se também, que a maioria dos participantes (72,9%) eram acompanhados somente por outras especialidades médicas. Do mesmo modo, também se verificou, que os participantes que eram acompanhados por um maior número de valências (Especialidades Médicas, Fisioterapia e Psicologia) classificaram maioritariamente a dor como “sem dor”, ao invés dos que eram acompanhados somente por outras especialidades médicas e categorizaram a dor preferencialmente como “dor moderada” (86,7%). Estes dados, realçam a importância das equipas multidisciplinares na abordagem da dor, entre os quais Psicólogos, Fisioterapeutas, Técnicos de Serviço Social, Terapeutas Ocupacionais, entre outros⁽⁴⁾.

No que diz respeito à incapacidade relacionada com a dor, as mulheres apresentaram um maior e significativo compromisso funcional relacionado com a dor, em relação aos homens. Os resultados obtidos vão de encontro aos estudos anteriores, onde as mulheres idosas apresentam maior compromisso funcional que os homens, pela sua maior sobrevivência, maior prevalência de condições incapacitantes, assim como a própria viuvez⁽²⁶⁾. Constatou-se também que a incapacidade funcional por dor é superior nos participantes com doença neurológica e menor nas condições pós-cirúrgicas oncológicas. Tendo em consideração a origem da dor, verificou-se maior incapacidade funcional nos inquiridos com dor de causa não oncológica, do que nos indivíduos com dor de causa oncológica.

A solidão, não foi significativamente diferente entre os géneros, nem nos diversos estados civis, no entanto, mostrou ser maior nos solteiros, seguidos dos viúvos e com menor nível de solidão, os casados. As pessoas que vivem sozinhas têm maior tendência a focar-se em pensamentos negativos e a afastar-se mais da sociedade⁽¹³⁾. Ao mesmo tempo, a viuvez representa uma rutura pessoal, familiar e social; traduz-se frequentemente num aumento das queixas dolorosas e sintomas depressivos, dependendo da vulnerabilidade pessoal e do grau de apoio familiar e social⁽²⁷⁾. O local onde residem (meio rural ou cidade) não demonstrou influenciar o sentimento de solidão; embora possa existir um isolamento geográfico, é nos meios mais pequenos que frequentemente existem mais redes sociais a nível familiar e de vizinhança⁽¹⁷⁾. Verificou-se ainda que os sujeitos, com dor cuja causa não é oncológica, sentem-se mais sós, do que os que sofrem de dor de causa oncológica.

No que diz respeito à funcionalidade familiar, verificou-se que as dimensões onde os sujeitos apresentaram estar menos satisfeitos foi no Companheirismo (satisfação pela forma como a família discute os assuntos de interesse comum e compartilha com eles a solução do problema) e na Capacidade Resolutiva (satisfação com o tempo que passam com a sua família). A Adaptação (satisfação com a ajuda que recebem da família sempre que alguma coisa os preocupa) mostrou ser a componente onde os inquiridos revelam estar mais satisfeitos com a sua família. Os dados revelam que apesar de aparentemente existir uma capacidade de resolução ou apoio da família, quando há algo que os preocupa, a maioria dos inquiridos, não estão satisfeitos com o tempo que passam com a sua família, nem com o modo como a família discute os assuntos referentes a si.

A média do APGAR Familiar foi semelhante em toda a amostra, independentemente do estado civil, mas verificou-se que os casados apresentam uma família mais funcional que os solteiros. De acordo com Reese, *et al.* (2010)⁽²⁸⁾. O suporte familiar é primordial e fundamental para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo⁽⁹⁾. Do mesmo modo, sujeitos que vivem acompanhados, apresentaram uma família mais funcional dos que os que vivem sozinhos, assim como os que vivem com o cônjuge e os filhos apresentaram uma família mais funcional do que os participantes que vivem numa instituição. Pessoas que têm uma rede social limitada, não recebem tanto apoio ou satisfação emocional⁽¹³⁾ e nesse sentido, uma rede de contactos significativa pode ser uma ajuda importante para o bem-estar do indivíduo.

Constatou-se ainda que a média do APGAR Familiar não variou significativamente, embora tenha sido maior nos utentes que vivem no meio rural, do que nos que vivem na cidade. Apesar do isolamento geográfico, no meio rural existem mais redes sociais a nível familiar e de vizinhança⁽¹⁷⁾. A maior percentagem de indivíduos com uma família altamente funcional, tinham uma doença osteoarticular degenerativa. Por sua vez, a maioria dos sujeitos que respondeu ter uma família com moderada disfunção, tem uma doença oncológica. Diversos estudos mostram como a dor e a qualidade da relação familiar, especificamente a conjugal podem estar associados. A dor pode ter efeitos negativos sobre o nível de satisfação ou a qualidade do relacionamento entre uma pessoa com dor e seu parceiro e, por sua vez, em contraste, os parceiros das pessoas com dor podem ter efeitos diretos sobre a forma como uma pessoa experimenta e lida com a dor. Ter um bom relacionamento familiar pode tornar a doença emocionalmente mais tolerável, diminuindo os componentes afetivos da dor e incapacidade, mas um mau relacionamento familiar, ou até mesmo o fato de não ser casado, pode aumentar o stress ou dificultar a auto-gestão e o processo adaptativo da dor⁽²⁸⁾.

CONCLUSÕES

No final do estudo, constata-se que são as mulheres que mais procuram a Consulta da Dor, referem a dor mais intensa e apresentam um maior compromisso funcional. As principais causas de dor são doenças crónicas não oncológicas, como as doenças osteoarticulares degenerativas. Por sua vez, os homens têm queixas de origem predominantemente oncológica.

A dor é mais intensa nas mulheres, nos viúvos, nas pessoas que vivem sozinhas ou com os filhos e nas situações de dor crónica de origem não oncológica.

A solidão é maior nos solteiros, nos que vivem com outros familiares que não o cônjuge ou os filhos e nos que têm dor crónica de origem não oncológica. É menor nos que vivem em instituições e têm dor crónica de origem oncológica.

Por último, a funcionalidade familiar é maior nos casados, nos que vivem com o cônjuge e os filhos e nos que vivem em meio rural. É menor nos indivíduos com patologia oncológica.

Recomendações

Para a realização desta investigação utilizaram-se instrumentos frequentemente aconselhados para a população idosa. No entanto, verificou-se na maior parte dos indivíduos, alguma dificuldade na compreensão do que lhes é questionado. Poderá ser importante a aplicação de instrumentos de preenchimento e compreensão mais simples para a população desta faixa etária, considerando que os níveis de escolaridade são normalmente muito baixos em populações envelhecidas.

As estruturas (consultas da dor) onde a amostra foi recolhida apenas têm profissionais na área da medicina e enfermagem, necessitando de recorrer a outros serviços quando é necessário suporte de outras áreas ou especialidades. A organização das equipas multidisciplinares seria recomendável, como forma de realizar abordagens terapêuticas integradas.

Além da solidão, a depressão aparece intimamente ligada ao processo de envelhecimento. Seria importante uma participação mais ativa, numa perspectiva emocional e social, nomeadamente da psicologia, da gerontologia e do serviço social, procurando entender quais os motivos que poderão estar na origem de disfunções familiares e quais os melhores mecanismos, para os minimizar ou solucionar. O facto de a maior parte dos utentes desta Consulta, particularmente nos casos de dor não oncológica, ser cada vez mais constituído por pessoas idosas, reforça na nossa opinião, a necessidade de a abordagem ser multidisciplinar, que ajude a responder às necessidades e problemas variados decorrentes dos processos de envelhecimento quer individuais, quer demográficos.

REFERÊNCIAS

1. Dellaroza MSG, Pimenta CA de M, Matsuo T. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Cad Saúde Pública*. Maio de 2007;23(5):1151-60.
2. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. Junho de 2002;50(6 Suppl):S205-24.
3. How Prevalent is Chronic Pain? - IASP [Internet]. [citado 22 de Janeiro de 2018]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2136>
4. Hall T. Management of persistent pain in older people. *J Pharm Pract Res*. Março de 2016;46(1):60-7.
5. Gratão ACM, Talmelli LF da S, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP*. Fevereiro de 2013;47(1):137-44.
6. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [citado 27 de Janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/
7. Viana CE dos S. Percepção da qualidade de vida e capacidade funcional em idosos. 2014 [citado 13 de Abril de 2016]; Disponível em: <http://repositorio.utad.pt//handle/10348/4768>
8. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO da, *et al*. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. Agosto de 2007;23(8):1924-30.
9. Torres G de V, Reis LA dos, Reis LA dos, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no Município de Jequié (BA). *Rev Baiana Saúde Pública*. 29 de Agosto de 2011;34(1):21.
10. Vera I, Lucchese R, Munari DB, Nakatani AYK. Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm*. 31 de Março de 2014;16(1):199-210.
11. Souza RA, Costa GD da, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, *et al*. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP*. Junho de 2014;48(3):469-76.

12. Vera I, Lucchese R, Nakatani AYK, Sadoyama G, Bachion MM, Vila V da SC, *et al.* Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. *Texto Amp Contexto - Enferm.* Junho de 2015;24(2):494-504.
13. Hazer O, Boylu AA. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia - Soc Behav Sci.* 1 de Janeiro de 2010;9:2083-9.
14. Burholt V, Scharf T. Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources, and Rural Environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 de Março de 2014;69(2):311-24.
15. Perlman D. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2004;23(2):181-8.
16. Bouchard G. How Do Parents React When Their Children Leave Home? An Integrative Review. *J Adult Dev.* Junho de 2014;21(2):69-79.
17. Figueiredo M da CRSL. A influência da solidão na afectividade e saúde na velhice. 2013 [citado 13 de Abril de 2016]; Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/5016>
18. Ussel JI de, Doblas JL. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales: análisis cualitativo. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001. 218 p.
19. Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. 2010 [citado 1 de Julho de 2017]; Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2608>
20. Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Pública.* Fevereiro de 2008;23:109-15.
21. APED - Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor - Volume 15, Número 4, 2007 [Internet]. [citado 22 de Janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/revistas-dor/71-arquivo-2007-2009/103-volume-15-numero-4-2007>
22. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev.* Outubro de 2006;26(6):695-718.
23. Andrade A, Martins R. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium - J Educ Technol Health.* 3 de Fevereiro de 2016;0(40):185-99.

24. Hacıhasanoğlu R, Yildirim A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch Gerontol Geriatr*. Janeiro de 2012;54(1):61-6.
25. Gallant NL, Hadjistavropoulos T. Experiencing Pain in the Presence of Others: A Structured Experimental Investigation of Older Adults. *J Pain*. 1 de Abril de 2017;18(4):456-67.
26. Murtagh KN, Hubert HB. Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *Am J Public Health*. Agosto de 2004;94(8):1406-11.
27. Utz RL, Swenson KL, Caserta M, Lund D, deVries B. Feeling Lonely Versus Being Alone: Loneliness and Social Support Among Recently Bereaved Persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1 de Janeiro de 2014;69B(1):85-94.
28. Reese JB, Somers TJ, Keefe FJ, Mosley-Williams A, Lumley MA. Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: is a distressed marriage preferable to no marriage? *J Pain Off J Am Pain Soc*. Outubro de 2010;11(10):958-64.

Correspondência: inezgomezster@gmail.com