

Quality of life and anxiety and depression symptoms in elderly females with and without chronic musculoskeletal pain

Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica

Sarimam Storchi¹, Adriana Dalpicolli Rodrigues², Juliana Berton³, Mirna Wetters Portugal¹

DOI 10.5935/1806-0013.20160090

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Several studies look for an isolated relationship between anxiety, depression and quality of life and musculoskeletal pain in the elderly population. However, there are few studies comparing such variables among individuals with and without chronic musculoskeletal pain. This study aimed at evaluating anxiety and depression symptoms levels and quality of life in elderly females with and without chronic musculoskeletal pain.

METHODS: This is a cross-sectional study carried out with females aged 60 years or above, participants of mothers' clubs of the city of Caxias do Sul/RS. Participants were divided in two groups; group G1 (with chronic musculoskeletal pain) and group G2 (without pain). Beck Anxiety Inventory was used to evaluate anxiety symptoms, Beck II Depression Inventory was used to evaluate depression symptoms and WHOQOL-bref was used to evaluate quality of life.

RESULTS: Participated in the study 178 elderly females and four were excluded for not meeting all inclusion criteria. From remaining 174, 95 were included in G1 and 79 in G2. G1 has presented higher anxiety ($p<0.001$) and depression ($p<0.001$) symptoms levels and worse quality of life ($p<0.05$) as compared to G2.

CONCLUSION: Chronic musculoskeletal pain is frequent in the elderly population and is associated to higher incidence of depressive and anxious symptoms, in addition to negatively affecting quality of life.

Keywords: Anxiety, Chronic pain, Depression, Musculoskeletal pain, Quality of life.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Diversos estudos buscam uma relação isolada entre ansiedade, depressão e qualidade de vida com a dor musculoesquelética em idosos. No entanto, há poucos que comparam essas variáveis entre indivíduos com e sem dores musculoesqueléticas crônicas. O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de sintomas de ansiedade e depressão e a qualidade de vida em idosas com dores musculoesqueléticas crônicas e idosas sem dores.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal, realizado com mulheres com 60 anos ou mais, participantes dos clubes de mães da cidade de Caxias do Sul/RS. As idosas foram divididas em dois grupos, grupo G1 (com dor musculoesquelética crônica) e grupo G2 (sem dor). Para avaliar os sintomas de ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck, para os sintomas depressivos o Inventário de Depressão de Beck II e para a qualidade de vida o WHOQOL-bref.

RESULTADOS: Participaram do estudo 178 idosas, sendo que 4 idosas foram excluídas por não se adequarem em todos os critérios de inclusão. Das 174 restantes, 95 foram incluídas do grupo G1 e 79 no grupo G2. O grupo G1 apresentou níveis mais elevados de sintomas de ansiedade ($p<0,001$) e sintomas depressivos ($p<0,001$) e pior qualidade de vida ($p<0,05$) que o grupo G2.

CONCLUSÃO: A dor musculoesquelética crônica é frequente na população idosa e está associada com maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos, além de afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos.

Descritores: Ansiedade, Depressão, Dor crônica, Dor musculoesquelética, Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A população acima de 60 anos está crescendo mais rápido que todos os outros grupos etários¹, favorecendo maior prevalência das limitações funcionais e doenças crônicas próprias do envelhecimento humano. Desse modo, há um aumento da demanda dos serviços de saúde por conta da necessidade de maior assistência pelo profissional de saúde, do uso contínuo de fármacos e de realizar exames periódicos².

As doenças musculoesqueléticas estão entre as doenças crônicas mais frequentes no processo de envelhecimento³, sendo caracterizadas principalmente por dor e diminuição de função articular^{4,5}. Quando associadas com a dor, estão relacionadas com o declínio da qualidade de vida (QV) e com altos custos de saúde, apesar do baixo nível

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

2. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil.

3. Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Apresentado em 01 de abril de 2016.

Aceito para publicação em 03 de novembro de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Instituto de Geriatria e Gerontologia
Av. Ipiranga, 6681, prédio 81 - sala 703
90619-900 Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: storchiqiropraxia@gmail.com

de mortalidade⁶. Assim, os quadros álgicos decorrentes das doenças musculoesqueléticas são comuns em idosos^{7,8} e estão relacionados a consideráveis limitações psicológicas, funcionais e sociais^{8,9}. A ansiedade e a depressão, por exemplo, podem decorrer de fatores de risco biológicos, psíquicos sociais e psicológicos¹⁰.

Para analisar o impacto das doenças musculoesqueléticas é importante mensurar os problemas associados, que são a dor, os fatores emocionais e a QV¹¹. Foram realizados diversos estudos que buscaram uma relação isolada entre ansiedade, depressão e QV com a dor musculoesquelética em idosos^{8,12-20}. No entanto, há carência de pesquisas que comparem essas variáveis entre indivíduos com e sem dores musculoesqueléticas crônicas, como também as que analisem a influência da intensidade álgica nessas variáveis.

Sendo assim, este estudo se faz importante justamente por ter como objetivo analisar os sintomas depressivos e ansiosos e a QV em idosas com e sem dores musculoesqueléticas crônicas, e verificar a influência da intensidade álgica nessas variáveis.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2014.

A fim de selecionar idosas que fizessem uma atividade social e de lazer em comum, optou-se por aplicar o estudo nos Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul situada no estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

A dor crônica foi definida como uma dor presente há mais de 3 meses²¹. Foram incluídas mulheres com 60 anos ou mais, sendo divididas em dois grupos: G1 composto por idosas com dores musculoesqueléticas crônicas (dor há mais de 3 meses) e G2 composto por idosas sem dores musculoesqueléticas crônicas (ausência de dor há mais de 3 meses).

Foram excluídas as idosas que apresentavam dor musculoesquelética há menos de três meses ou ausência de dor musculoesquelética há menos de três meses; com desempenho cognitivo no Mini-exame do Estado Mental (MEEM) <19 (sem escolaridade) e <25 (com escolaridade); que realizaram procedimento cirúrgico nos últimos seis meses e com doenças neurodegenerativas ou oncológicas.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- MEEM: permite avaliar a função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. Foi utilizado para excluir idosas com declínio cognitivo. O ponto de corte para o diagnóstico de demência em indivíduos sem escolaridade é de 18/19 e com escolaridade 24/25²².
- Questionário sócio-demográfico: elaborado pelos pesquisadores a fim de coletar os dados pessoais, escolaridade, queixa álgica e perguntas de caráter exclusivo.
- Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB): é um instrumento, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, a fim de classificar a população quanto ao nível socioeconômico utilizando o levantamento de características domiciliares. Por meio do CCEB a população é dividida em classe A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E²³.
- Escala analógica visual (EAV): utilizada para mensurar a intensidade álgica. Consiste em uma linha de 10cm com marcadores descritivos nas duas extremidades (nenhuma dor e pior dor possível).

O sujeito deve marcar na linha o local em que se enquadra sua dor. Posteriormente os centímetros são convertidos a uma escala de zero a 10, onde valores $\leq 3,4$ equivalem a uma dor leve, de 3,5 a 7,4 dor moderada e de $\geq 7,5$ a dor intensa²⁴.

- Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II): utilizado para análise da intensidade de sintomas de depressão²⁵. A versão brasileira foi validada por Gomes-Oliveira et al.²⁶. O questionário classifica os sintomas de depressão em mínima/sem depressão (0-13), média (14-19), moderada (20-28) e grave (29-63).

- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): utilizado para análise da intensidade de sintomas de ansiedade. A sua classificação se dá mediante a pontuação obtida pelo entrevistado, sendo de 0-7 pontos nível de sintomas de ansiedade mínima, de 8-13 leve, de 16-25 moderada e de 26-63 grave²⁷. Nesta pesquisa foi utilizada a versão traduzida e validada para a população brasileira da escala de Beck²⁸.

- WHOQOL-bref: é um questionário utilizado para mensurar a QV. Foi validado no Brasil por Fleck et al.²⁹. É composto por 26 questões, sendo duas referentes a QV geral e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0-100, sendo que quanto maior a pontuação melhor é a QV³⁰.

Procedimentos

As idosas selecionadas e que aceitaram participar da pesquisa responderam, primeiramente, ao questionário MEEM e ao questionário sócio-demográfico. Destas, as que se enquadraram nos critérios de seleção seguiram respondendo aos demais questionários na seguinte ordem: CCEB, BAI, BDI-II e WHOQOL-bref. Além desses, as idosas do G1 foram questionadas quanto aos locais em que tinham dor musculoesquelética e classificaram cada uma delas segundo a EAV. As algias foram divididas em: dor lombar, dor cervical, dor torácica, dor nos membros inferiores e dor nos membros superiores. Os critérios utilizados para diagnóstico de dor musculoesquelética foram a presença de dor ou sensibilidade nas regiões descritas, sem que houvesse doenças oncológicas ou neurodegenerativas e episódios de fraturas ou cirurgias há menos de seis meses.

As variáveis deste estudo foram: sócio-demográficas (idade, nível socioeconômico, estado civil e escolaridade), nível de sintomas de ansiedade, nível de sintomas de depressão, QV, dor e intensidade álgica. Para o cálculo amostral foi utilizado o programa WINPEPI versão 11.28 com nível de significância de 5% e poder de 80%. Conforme encontrado na literatura, foi utilizado um desvio padrão no domínio Meio Ambiente do questionário WHOQOL-bref de 9,8 para o grupo com dor e de 11,6 para o grupo controle, com diferença esperada de 4,6 entre os grupos neste mesmo escore, totalizando assim uma amostra de 174 sujeitos³¹, sendo 87 indivíduos em cada grupo³².

Análise estatística

O banco de dados foi realizado no programa *Microsoft Office Excel* 2007, e as análises foram realizadas no *software* SPSS, versão 17. O nível de significância foi considerado 5%. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e as quantitativas através de média e desvio padrão.

Para comparar a idade entre os grupos foi utilizado o teste *t* de Student. Para comparar a escolaridade e a classe social entre os grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para a comparação do estado civil entre os grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado.

Para comparar os escores totais médios dos instrumentos BAI e BDI-II entre os grupos foi utilizado o teste *t* de Student e para a comparação dos mesmos questionários por categorias foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para a comparação dos domínios do WHOQOL-bref e do índice geral do mesmo questionário foi utilizado o teste *t* de Student. No grupo G1, a correlação entre a EAV e os instrumentos BAI, BDI-II e WHOQOL-bref foi avaliada por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson.

Este estudo foi aprovado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer 479.870.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 178 idosas, das quais 95 fizeram parte do grupo 1 (G1) e 79 do grupo 2 (G2). Uma idosa foi excluída por apresentar déficit cognitivo no MEEM, outra por estar em tratamento para câncer de mama e duas por apresentarem dor musculoesquelética há menos de três meses.

A idade do G1 variou de 60 a 91 anos, com média de 70,01±7,76 anos. No G2, a faixa etária avaliada foi igual ao G1, com média 70,34±8,66 anos. Não houve diferença significativa da idade entre os grupos (*p*=0,791). Em ambos os grupos, a maior incidência foi de idosas casadas, seguidas de viúvas (*p*=0,228). As idosas dos dois grupos também não diferiram estatisticamente em termos de classe social (*p*=596) e escolaridade (*p*=0,693), sendo que nos dois grupos a maior parte das idosas não completou o ensino fundamental. A comparação dos dados demográficos entre os dois grupos pode ser observada na tabela 1.

A lombalgia foi a queixa mais prevalente entre os sujeitos da pesquisa, sendo relatada por 36 idosas. A intensidade algica, na EAV, variou de 3 a 9 com média de 5,25, caracterizando dor moderada. A região cervical foi a segunda mais acometida com o relato de 27 idosas. A intensidade algica da região cervical variou de 1 a 10 na EAV, com média de 5,48.

A terceira região mais acometida foram os membros inferiores, com o relato de 26 idosas. A intensidade algica da região variou de 2 a 8 com média de 5. As dores nos membros superiores foram apontadas por 21 indivíduos e variaram de 2 a 9 na EAV, tendo como média 4,4. A região menos acometida foi a torácica, com 5 casos relatados, que variaram de 3 a 8 com média de 3,3, caracterizando uma dor leve.

Analisando somente a intensidade algica, independentemente da região acometida, 22,6% (26 queixas) foram dores leves, 65,2% (75 queixas) moderadas e 12,2% (14 queixas) intensas.

Quanto ao número de regiões acometida, 83,16% (79 idosas) relataram dor em apenas uma região, 13,68% (13 idosas) em duas regiões, 2,11% (2 idosas) em três regiões e 1,05% (1 idosa) em quatro regiões.

Como se pode observar na tabela 2, as idosas do G1 apresentaram maior escore total no BAI que as do G2, sendo que a média do escore total para o G1 foi de 11,17±6,36, e para o G2 foi de 4,86±3,98 (*p*<0,001).

Tabela 1. Comparação dos dados demográficos entre os dois grupos

Variáveis	Grupos		Valor de p
	G1 (n=95)	G2 (n=79)	
Idade (anos)			
Média + desvio padrão	70,01 ± 7,76	70,34 ± 8,66	0,791€
Estado Civil*			
Solteira	7 (7,4)	2 (2,5)	0,228¥
Casada	58 (61,1)	42 (53,2)	
Viúva	27 (28,4)	32 (40,5)	
Divorciada	3 (3,2)	3 (3,8)	
Escolaridade*			
Analfabeta	3 (3,2)	4 (5,1)	0,693£
Fundamental incompleto	61 (64,2)	48(60,8)	
Fundamental completo	9 (9,5)	13(16,5)	
Médio incompleto	3 (3,2)	2 (2,5)	
Médio completo	6 (6,3)	8 (10,1)	
Superior completo	13 (13,7)	4 (5,1)	
Classe Social*			
A1	0 (0)	1 (1,3)	0,596£
A2	1 (1,1)	1 (1,3)	
B1	15 (15,8)	11 (13,9)	
B2	26 (27,4)	28 (35,4)	
C1	33 (34,7)	20 (25,3)	
C2	13 (13,7)	14 (17,7)	
D	7 (7,4)	4 (5,1)	
E	0(0)	0(0)	

* Valores apresentados na forma n(%); €: teste *t* de Student para grupos independentes; ¥: teste Qui-quadrado; £: teste de Mann-Whitney.

Tabela 2. Comparação dos níveis de sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos

Variáveis	Grupos		Valor de p
	G1 (n=67)	G2 (n=51)	
Nível de sintomas de ansiedade (BAI – escore total) (Média±DP)	11,17±6,36	4,86±3,98	<0,001€
Nível de sintomas de ansiedade (BAI – níveis)*			
Mínima	28(29,5)	58(73,4)	<0,001£
Leve	47(49,5)	20(25,3)	
Moderada	18(18,9)	1(1,3)	
Grave	2(2,1)	0(0)	
Nível de sintomas de depressão (BDI-II – escore total) (Média + desvio padrão)	13,14 ± 7,26	5,86 ± 4,21	<0,001€
Nível de sintomas depressão (BDI-II – níveis)*			
Mínima	53(55,8)	75(94,9)	<0,001£
Média	22(23,2)	2(2,5)	
Moderada	16(16,8)	2(2,5)	
Grave	4(4,2)	0(0)	

* Valores apresentados na forma n(%); €: teste *t* de Student para grupos independentes; £: teste de Mann-Whitney. BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI-II = Inventário de Depressão de Beck-II.

Ao analisarem-se os sintomas de ansiedade divididos em níveis, observa-se que no G2 houve prevalência de níveis de sintomas de ansiedade mínima (73,4% das idosas), seguida de níveis de sintomas de ansiedade leve (25,3% das idosas) e ansiedade moderada com apenas um caso. Nenhuma idosa do G2 apresentou nível de sintomas

de ansiedade grave. Já no G1, a maior parte das idosas apresentou nível de sintomas de ansiedade leve (49,5%) seguido de ansiedade mínima (29,5%). Nível de sintomas de ansiedade moderada foi observado em 18 idosas (18,9%) e duas idosas apresentaram nível de sintomas de ansiedade grave ($p < 0,001$).

Quanto aos níveis de sintomas de depressão, observa-se, conforme consta na tabela 2, que no grupo G1 prevaleceu o nível de sintomas de depressão mínima, com 55,8%, seguido de média, com 23,2%, moderada, com 16,8% e depressão grave, com 4,2%. No G2, a maior parte das idosas se enquadrou em nível de sintomas de depressão mínima (94,9%), sendo que apenas duas idosas apresentaram sintomas de depressão moderada (2,5%) e duas de depressão média (2,5%). Nenhuma idosa do G2 apresentou nível de sintomas de depressão severa ($p < 0,001$).

Apesar de nos dois grupos prevalecer o nível de sintomas de depressão mínima, quando analisada a média do escore total do BDI-II, observa-se que as idosas do G1 apresentaram um escore significativamente maior (maior nível de sintomas de depressão) que as do G2, sendo que no G1 a média foi de $13,14 \pm 7,26$ e no G2 foi de $5,86 \pm 4,21$, ($p < 0,001$).

Conforme se pode observar na tabela 3, o grupo G1 apresentou níveis inferiores no escore total do questionário WHOQOL-bref quando comparado com o G2. A média do escore total no G1 foi de $73,53 \pm 9,35$ e no G2 foi de $82,30 \pm 7,62$ ($p < 0,001$).

Ao analisar o WHOQOL-bref separadamente em domínios, pode-se observar que em todos os domínios o grupo G1 apresentou médias inferiores ao G2 ($p < 0,05$).

Tabela 3. Comparação da qualidade de vida entre os grupos

Variáveis	Grupos		Valor de p
	G1 (n=95)	G2 (n=79)	
Qualidade de vida/ escore total* (Média±DP)	73,53 ± 9,35	82,30 ± 7,62	<0,001€
Qualidade de vida/domínios* (Média±DP)			
Físico	63,5 ± 11,37	80,02 ± 8,92	<0,001€
Psicológico	84,43 ± 10,67	92,40 ± 8,27	<0,001€
Relações Sociais	73,07 ± 14,15	77,74 ± 12,92	0,025€
Meio ambiente	73,16 ± 11,65	79,03 ± 12,02	0,001€

*: Questionário WHOQOL-bref; €: Teste t de Student para grupos independentes.

De acordo com a tabela 4 pode-se observar que a intensidade algica apresentou correlação positiva com os níveis de sintomas de ansiedade, sendo que quanto mais intensa a dor, maiores são os sintomas de ansiedade ($p < 0,001$). No entanto não se correlacionou com os níveis de sintomas de depressão ($p > 0,05$).

Também houve significância estatística na correlação da intensidade algica com o domínio físico do questionário WHOQOL-bref, sendo que a correlação entre as variáveis se deu de forma negativa, ou seja, quanto maior a intensidade da dor pior a qualidade de vida no domínio físico ($p < 0,001$). A intensidade algica não se correlacionou significativamente com os demais domínios do questionário e com o escore total ($p > 0,05$).

Tabela 4. Correlação entre a qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão com a intensidade algica

Intensidade algica	Correlação de Pearson	Valor de p
Nível de sintomas de ansiedade (escore total)	,360	<0,001 α
Nível de sintomas de depressão (escore total)	,115	0,267 α
QDV – Domínio físico	-,338	0,001 α
QDV – Domínio psicológico	-,101	0,329 α
QDV – Domínio relações sociais	-,009	0,934 α
QDV – Meio ambiente	-,126	0,224 α
QDV – Índice geral	-,174	0,092 α

α = Correlação de Pearson

DISCUSSÃO

As dores musculoesqueléticas, decorrentes de doenças osteomusculares, são altamente incapacitantes e frequentes na população idosa, estando entre as doenças crônicas mais comuns no processo de envelhecimento humano^{3,6}. Os dados dos estudos de prevalência de algias musculoesqueléticas em idosos diferem bastante em seus resultados^{15,16,21,33,34}. No presente estudo, a ocorrência de dor musculoesquelética mostrou-se bastante frequente, sendo que 54,6% das idosas apresentavam algias musculoesqueléticas em uma ou mais regiões do corpo há mais de três meses. Esse resultado foi semelhante ao encontrado por Dellaroza et al.³².

Observou-se que os grupos não diferiram estatisticamente quando à idade. Esses resultados são compatíveis com outros estudos que também não encontraram a idade como fator associado à dor crônica em idosos^{8,32}. Da mesma forma, não se observou relação da dor musculoesquelética crônica com a escolaridade³², estado civil^{16,32,34} e nível socioeconômico^{32,34}, mostrando que o fato de ter ou não dor pode não estar relacionado a variáveis, como também a existência de homogeneidade amostral entre os dois grupos.

A lombalgia foi a queixa musculoesquelética mais prevalente, sendo relatada por 37,9% das idosas com dor musculoesquelética crônica, compatível com a literatura como a queixa mais frequente entre idosos^{7,33,35,36}. A dor cervical foi a segunda região mais acometida, seguida dos membros inferiores, superiores e da região torácica. Baseado em outros trabalhos, é possível observar uma variação na prevalência de dor nessas regiões^{7,15,32,33}.

Quanto à intensidade algica, foi possível observar que a maior parte das idosas apresentavam dores moderadas, seguidas de dores leves e dores intensas. A escassez de pesquisas que analisem a intensidade algica, e as diferentes ferramentas utilizadas para mensurá-la dificultam a comparação dos resultados^{15,32}. No entanto, a intensidade algica pode ser investigada através da EAV, utilizada neste estudo, a escala numérica da dor e escalas de avaliação verbal. A EAV e a escala numérica têm se mostrado mais sensíveis do que escalas verbais com menos de quatro categorias, justificando assim a sua escolha²⁴.

Neste estudo pode-se observar uma relação direta entre a presença de dor musculoesquelética crônica com o maior nível de sintomas de ansiedade, sendo que o grupo G1 apresentou maiores níveis de sintomas de ansiedade no BAI que o grupo G2. Essa diferença dos sintomas de ansiedade entre os dois grupos evidencia a relação da

dor musculoesquelética crônica com a ansiedade, corroborando pesquisas realizadas previamente^{12,14,37}.

No estudo longitudinal de Arola et al.¹², a presença de dor no início do estudo foi um fator de risco para desenvolver ansiedade nos três anos seguintes, da mesma forma que a presença de sintomas ansiosos no início da pesquisa mostrou-se como fator de risco para desenvolver quadros algícos nos próximos três anos. Em outro estudo, no entanto, realizado com idosos institucionalizados, foi encontrada relação direta entre a dor e a ansiedade¹⁴.

Ao analisar-se a correlação existente entre a intensidade algica, mensurada pela escala visual analógica de dor, e os níveis de sintomas de ansiedade, pôde-se observar, na população estudada, a existência de uma correlação positiva entre as duas variáveis, sendo que quanto mais forte é a dor, maiores são os sintomas de ansiedade. Um resultado semelhante foi encontrado por Hanssen et al.¹⁸ que, analisaram idosos depressivos com dor crônica e dor aguda. Nesses idosos, a dor crônica estava fortemente associada a ansiedade, ao passo que não houve correlação com a intensidade algica da dor aguda¹⁸.

Alguns estudos analisaram a relação entre a ansiedade e a dor, e constataram uma forte associação entre as variáveis, sugerindo que níveis mais elevados de ansiedade estão relacionados com o conseqüente aumento do medo da dor. Esse medo pode gerar comportamentos relacionados à algia, como o desuso e a incapacidade^{38,39}.

A maior prevalência de idosas que se enquadraram em sintomas de depressão (média, moderada e intensa) deste estudo vai ao encontro de outras pesquisas que também encontraram relação semelhante entre a depressão e a dor musculoesquelética crônica em idosos^{12,13,18,19,34}. No estudo realizado por Hanssen et al.¹⁸ idosos depressivos relataram dor crônica mais frequentemente que idosos não depressivos. O mesmo estudo aponta que há um aumento dos níveis de depressão tanto em casos de dor aguda quanto de dor crônica. Bonnewyn et al.¹³ analisaram a presença de sintomas físicos dolorosos (presentes em qualquer momento nos últimos 12 meses) em idosos com e sem transtorno depressivo maior e concluíram que os sintomas físicos dolorosos foram fortemente e independentemente associados com a depressão maior.

Por outro lado, o fato de a maior parte das idosas apresentarem sintomas depressivos mínimos pode ser explicado pela participação ativa em grupos de convivência^{40,41,42} facilitando melhorias nas áreas pessoal, intelectual, afetiva e social⁴¹. Mas a maior prevalência dos sintomas de depressão nas idosas com dor corrobora resultados de estudos anteriores, salientando assim a existência de uma relação entre a dor musculoesquelética crônica e a depressão^{12,13,18,19}.

Neste estudo foi possível observar que as idosas com dor musculoesquelética crônica apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-bref, quando comparadas com as idosas sem dor. Estes resultados vão ao encontro de outros trabalhos^{15,17,20}. O estudo realizado por Wrangler et al.²⁰ mostrou que a presença de dor foi o determinante mais forte no decréscimo da QV em idosas. No estudo de Falsarella et al.¹⁷, no qual foi analisada a influência das disfunções reumáticas e dos sintomas crônicos articulares na qualidade de vida de idosos acima de 60 anos, foi possível observar que as doenças reumáticas tiveram maior influência na capacidade física e na dor e os sintomas crônicos articulares tiveram influência em todos os aspectos da qualidade de vida. Na pesquisa de Cavlak et al.¹⁵ idosos com dor musculoesquelética tiveram autopercepção negativa

da sua saúde, enquanto que os idosos sem dores tiveram uma auto-percepção muito boa/excelente. Os idosos com dores ainda tiveram mais dias com pior saúde física e mental no período de 30 dias que os assintomáticos.

Além de a dor crônica ter consequências sobre o funcionamento físico e psicológico das pessoas acometidas, pode afetar diretamente nas relações sociais desses indivíduos. O fato de ter dor, acrescido de outras possíveis consequências como insônia, fadiga, perda da capacidade física, dificuldade de locomoção e sintomas de ansiedade e depressão, pode levar mais facilmente o sujeito com dor crônica a reduzir suas atividades de lazer e contatos sociais^{9,11}. Neste estudo, esse impacto da dor musculoesquelética crônica pôde ser observado no fato de que as idosas com dor apresentaram pior QV nos domínios de relações sociais e meio ambiente quando comparadas com as idosas sem dores, diferença essa que existiu apesar de todas realizarem uma atividade social em comum, que é a participação em clubes de mães.

CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente estudo que a dor musculoesquelética crônica é frequente na população idosa feminina e está associada com maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos, além de afetar negativamente a qualidade de vida desses indivíduos. Acredita-se que sejam necessários mais estudos com idosos tanto do sexo feminino quanto masculino para uma maior contribuição com a saúde e qualidade de vida dessa parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Good health adds life to years: global brief for World Health Day 2012. Geneva: 2012. 28p.
2. Veras R. [Population aging today: demands, challenges and innovations]. Rev Saude Publica. 2009;43(3):548-54. English, Portuguese.
3. Mody GM, Brooks PM. Improving musculoskeletal health: global issues. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2012;26(2):237-9.
4. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2011;25(2):173-83.
5. Parsons S, Symmons DP. The burden of musculoskeletal conditions. Medicine. 2013;38(3):126-126-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303909003442>.
6. Bove SE, Flatters SJL, Inglis JJ, Mantyh, PW. New advances in musculoskeletal pain. Brain Res Rev. 2013;60(1):187-201.
7. Baek S, Lim JY, Lim JY, Park JH, Lee JJ, Lee SB, et al. Prevalence of musculoskeletal pain in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). Arch Gerontol Geriatr. 2010;51(3):e46-51.
8. Leveille SG, Zhang Y, McMullen W, Kelly-Hayes M, Felson DT. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. Pain. 2005;116(3):332-8.
9. Tüzün EH. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007; 21(3):567-79.
10. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. J Affect Disord. 2008;106(1-2):29-44.
11. Woolf AD, Vos T, March L. How to measure the impact of musculoskeletal conditions. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010;24(6):723-32.
12. Arola HM, Nicholls E, Mallen C, Thomas E. Self-reported pain interference and symptoms of anxiety and depression in community-dwelling older adults: can a temporal relationship be determined? Eur J Pain. 2010;14(9):966-71.
13. Bonnewyn A, Katona C, Bruffaerts R, Haro JM, de Graaf R, Alonso J, et al. Pain and depression in older people: comorbidity and patterns of help seeking. J Affect Disord. 2009;177(3):193-6.
14. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. Pain. 1995;61(2):271-6.
15. Cavlak U, Yagci N, Bas Aslan U, Ekici G. A new tool measuring health-related quality of life (HRQOL): The effects of musculoskeletal pain in a group of older Turkish people. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(2):298-303.
16. Chou KL. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: Evi-

- dence from the English Longitudinal Study of Aging. *J Affect Disord.* 2007;102(1-3):115-23.
17. Falsarella GR, Coimbra IB, Neri AL, Barcelos CC, Costallat LT, Carvalho OM, et al. Impacto f rheumatic diseases and chronic joint symptoms on quality of life in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(2):e77-82.
 18. Hanssen DJ, Naarding P, Collard RM, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Physical, lifestyle, psychological, and social determinants of pain intensity, pain disability, and number of pain locations in depressed older adults. *Pain.* 2014;155(10):2088-96.
 19. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain.* 2011;12(9):964-73.
 20. Wranger LS, Renneberg M, Berglund J, Elmstahl S. Relationship between pain and quality of life-Findings from the Swedish National study on Aging and Care. *Scand J Pain.* 2014;5(4):270-5.
 21. Walsh NE, Brooks P, Hazes JM, Walsh RM, Dreinhofer K, Woolf AD, et al. Standards of care for acute and chronic musculoskeletal pain: the Bone and Joint Decade (2000-2010). *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(9):1830-45.
 22. Lourenço RA, Veras RP. [Mini-mental state examination: psychometric characteristics in elderly outpatients]. *Rev Saude Publica.* 2006;40(4):712-9. Portuguese.
 23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: 2013. 5p.
 24. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Balk GA, Stewart RE. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain.* 2014;155(12):2545-50.
 25. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories – I and II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.* 1996;67(3):588-97.
 26. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):389-94.
 27. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7.
 28. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
 29. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHO-QOL-bref]. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83. Portuguese.
 30. Pedroso B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida [internet].* 2010 jan/jun. [citado em 15 maio 2013]; 2(1):31-6. Disponível em: <https://periodicos.utfr.edu.br/rbqv/article/view/687/0>
 31. Hsieh RL, Lee WC, Lo MT, Liao WC. Postural stability in patients with knee osteoarthritis: comparison with controls and evaluation of relationships between postural stability scores and International Classification of Functioning, Disability and Health components. *Arch Phys Med Rehabil [internet].* 2013 fev. [citado em 20 abril 2013]; 94(2): 340-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23041145>
 32. Dellarozza MS, Pimenta CA, Matsuo T. [Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community]. *Cad Saude Publica.* 2007;23(5):1151-60. Portuguese.
 33. Dellarozza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML. [Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and Association with functional capacity and mobility (SABE study)]. *Cad Saude Publica.* 2013;29(2):325-34. Portuguese.
 34. Dellarozza MS, Furuya RK, Cabrera MA, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. [Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly]. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):36-41. Portuguese.
 35. Celick KL, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(13):345-59.
 36. Jones, LD, Pandit H, Lavy C. Back pain in the elderly: a review. *Maturitas.* 2014;78(4):258-62. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037851221400156X>
 37. Talvari A, Nemati N, Sini ZK, Golsefid FN, Varkiani ME. The association of neck pain with depression and anxiety symptoms in elderly. *procedia – social and behavioral sciences. World Conference on Psychology and Sociology. Procedia - Social and Behav Scien.* 2013;82:366-8.
 38. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJ, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1096-105.
 39. Ocañez KL, McHugh RK, Otto MW. A Meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depress Anxiety.* 2010;27(8):760-7.
 40. Borges LJ, Benedetti TR, Xavier AJ, d'Orsi E. [Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study]. *Rev Saude Publica.* 2013;47(4):701-10. English, Portuguese.
 41. Oliveira DA, Gomes L, Oliveira RF. [Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers]. *Rev Saude Publica.* 2006;40(4):734-6. Portuguese.
 42. Irigaray TG, Schneider H. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul.* 2007;29(1):19-27.