

Fatores associados à qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica

Factors associated with quality of life of older adults with chronic pain

Factores asociados a la calidad de vida de ancianos con dolor crónico

Maressa Gonçalves da Paz¹

ORCID: 0000-0002-4352-6091

Layz Alves Ferreira de Souza¹

ORCID: 0000-0002-5563-7928

Bruna da Silva Ferreira Tatagiba¹

ORCID: 0000-0002-0773-6964

Joyce Rutuelle da Serra¹

ORCID: 0000-0003-4236-6003

Louise Amália de Moura¹

ORCID: 0000-0002-9636-2975

Maria Alves Barbosa¹

ORCID: 0000-0002-0861-9655

Lilian Varanda Pereira¹

ORCID: 0000-0003-4604-0238

¹ Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

Como citar este artigo:

Paz MG, Souza LAF, Tatagiba BSF, Serra JR, Moura LA, Barbosa, MA, et al. Factors associated with Quality of Life of older adults with chronic pain. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20200554. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0554>

Autor Correspondente:

Maressa Gonçalves da Paz

E-mail: maressagoncalves184@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Álvaro Sousa

Submissão: 28-06-2020

Aprovação: 20-10-2020

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à qualidade de vida (QV) em idosos com dor crônica. **Método:** Estudo transversal realizado com 239 idosos em atendimento ambulatorial no estado de Goiás, Brasil. O World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-OLD) contém seis domínios e foi aplicado para avaliar a qualidade de vida. Foram utilizadas regressão linear simples e múltipla na análise estatística. **Resultados:** Os fatores associados ao domínio Funcionamento dos sentidos foram idade ($\beta = -0,52$), tempo de convívio ($\beta = -14,35$; $-17,86$; $-15,57$) e intensidade da dor ($\beta = -1,70$). Ao domínio Autonomia associaram-se a depressão ($\beta = -5,99$) e a dor no tórax ($\beta = -6,17$). A Participação social relacionou-se à escolaridade ($\beta = -0,64$), diabetes mellitus ($\beta = -8,15$), depressão ($\beta = -14,53$), intensidade da dor ($\beta = -1,43$) e à dor em MMII ($\beta = -5,94$). As Atividades passadas, presentes e futuras associou-se a depressão ($\beta = -6,94$). O domínio Morte e morrer foi associado à hipertensão ($\beta = -8,40$), enquanto o domínio Intimidade foi relacionado à depressão ($\beta = -5,99$) e dor na cabeça/face ($\beta = -3,19$). **Conclusão:** O tempo de convívio com a dor crônica e a localização dessa experiência, assim como a depressão, diabetes e HAS foram fatores que influenciaram com maior magnitude os domínios de QV dos idosos.

Descritores: Dor Crônica; Qualidade de Vida; Idoso; Saúde do Idoso; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with quality of life of the older adults with chronic pain. **Method:** Cross-sectional study conducted with 239 older adults in outpatient care in the state of Goiás, Brazil. The World Health Organization Quality of Life–Old (WHOQOL-OLD) instrument contains six domains and was applied to assess quality of life. Simple and multiple linear regressions were used in the statistical analysis. **Results:** The factors associated with Sensory Abilities were age ($\beta = -0.52$), time spent together ($\beta = -14.35$; -17.86 ; -15.57), and pain intensity ($\beta = -1.70$). *Autonomy* was associated with depression ($\beta = -5.99$) and chest pain ($\beta = -6.17$). *Social participation* related to schooling ($\beta = -0.64$), diabetes mellitus ($\beta = -8.15$), depression ($\beta = -14.53$), pain intensity ($\beta = -1.43$), and lower limb pain ($\beta = -5.94$). *Past, present and future activities* related to depression ($\beta = -6.94$). *Death and dying* related to hypertension ($\beta = -8.40$), while *Intimacy* to depression ($\beta = -5.99$) and headache/face pain ($\beta = -3.19$). **Conclusion:** The time experiencing chronic pain and the location of this experience, as well as depression, diabetes and systemic arterial hypertension were factors that had greater influence on the older adult's Quality of Life domains.

Descriptors: Chronic Pain; Quality of Life; Aged; Health Services for the Aged; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados a la calidad de vida (CV) de ancianos con dolor crónico. **Método:** Estudio transversal en el cual participaron 239 ancianos en atención ambulatoria en el estado de Goiás, Brasil. Para evaluar la calidad de vida, se aplicó el *World Health Organization Quality of Life – Old* (WHOQOL-OLD), que presenta seis dominios. Para el análisis estadístico, se utilizó la regresión lineal simple y múltiple. **Resultados:** Los factores asociados con el dominio Funcionamiento sensorial fueron la edad ($\beta = -0,52$), el tiempo de convivencia ($\beta = -14,35$; $-17,86$; $-15,57$) y la intensidad del dolor ($\beta = -1,70$). El dominio Autonomía se asoció con la depresión ($\beta = -5,99$) y el dolor torácico ($\beta = -6,17$). La Participación social se relacionó con el nivel de estudios ($\beta = -0,64$), diabetes mellitus ($\beta = -8,15$), depresión ($\beta = -14,53$), intensidad del dolor ($\beta = -1,43$) y dolor en miembros inferiores ($\beta = -5,94$). Las actividades pasadas, presentes y futuras se vincularon con la depresión ($\beta = -6,94$). El dominio Muerte y morir se asoció con la hipertensión ($\beta = -8,40$), mientras que el dominio Intimidad se relacionó con la depresión ($\beta = -5,99$) y el dolor de cabeza/en la cara ($\beta = -3,19$). **Conclusión:** El tiempo de convivencia con el dolor crónico y el local de esa experiencia, así como la depresión, diabetes y HAS, fueron los factores que más influyeron en los dominios de CV de los ancianos.

Descritores: Dolor Crónico; Calidad de Vida; Anciano; Salud del Anciano; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento frequentemente vem acompanhado pela dor crônica⁽¹⁻²⁾, que impõe significativa carga social e econômica⁽³⁾ por causa do aumento nos custos do tratamento⁽⁴⁾ e dos prejuízos na qualidade de vida (QV)⁽⁵⁾, elevando a morbimortalidade.

No contexto da dor crônica, a QV é frequentemente prejudicada nos domínios físico e psicológico⁽⁶⁻⁷⁾, mental, emocional, social, vitalidade e dor⁽⁷⁾, apontando aumento de quase duas vezes nas chances de QV ruim em idosos com dor crônica quando comparados com idosos sem dor crônica⁽⁸⁾. Isso afeta diretamente a saúde dos idosos com imposição de sofrimento muitas vezes desnecessário.

Alguns fatores gerais associados à QV de idosos com dor crônica têm sido evidenciados, como a intensidade da experiência dolorosa⁽⁹⁾, a depressão⁽¹⁰⁾, a idade⁽⁸⁾, a incapacidade e o tempo de convívio com a dor⁽¹¹⁾. Entretanto, ainda há poucas investigações com foco nos fatores que podem influenciar a percepção de QV de pessoas idosas, considerando os domínios que compõem esse construto. Os resultados podem contribuir para direcionar futuras pesquisas, com delineamentos suficientemente robustos para elaborar evidências científicas de alto nível que permitam confirmar a relação causa-efeito, aumentando a possibilidade de construir um modelo preditivo de QV ruim para a população de pessoas idosas com dor crônica. Conhecer os fatores associados aos domínios também amplia a acurácia do diagnóstico, planejamento e avaliação das estratégias de assistência utilizadas para garantir uma boa QV para esses idosos.

OBJETIVO

Analisar os fatores associados à qualidade de vida em idosos com dor crônica.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, respeitando os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

Desenho, local e período do estudo

Trata-se de estudo do tipo corte transversal, analítico, desenhado conforme recomendações do *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (Strobe)*⁽¹²⁾, a partir de recorte de um projeto maior intitulado "Adaptação transcultural, propriedades psicométricas da versão brasileira do *Chronic pain coping inventory* e avaliação dos fatores relacionados ao tempo de dor crônica em população adulta ambulatorial". Foi desenvolvido entre os meses de novembro de 2016 e dezembro de 2017, nas salas de espera dos ambulatórios de neurologia, ortopedia, fisioterapia e reumatologia de um hospital-escola federal, em uma metrópole da região Centro-Oeste do Brasil.

Amostra e critérios de inclusão e exclusão

Uma subamostra de idosos do projeto maior foi utilizada (n = 239). Realizou-se cálculo amostral para detectar associações entre as variáveis dependentes e independentes. Foram comparadas

as médias dos desfechos (escores dos domínios de QV) entre as variáveis independentes, considerando nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80% e diferença de média de 5% para quaisquer variáveis independentes investigadas no estudo em todos os domínios da QV utilizando o World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-OLD), sendo acrescidos 20% de taxa de recusa sobre a amostra mínima, o que totalizou um amostra necessária de 218 participantes⁽¹³⁻¹⁴⁾. A amostragem foi realizada por conveniência: os pacientes eram abordados sequencialmente após chegarem ao ambulatório e eram convidados a participar do estudo. Foram incluídos idosos de ambos os sexos, capazes de responder às questões de pesquisa e com dor crônica autorreferida. Foram excluídos idosos que não verbalizavam, que precisavam de auxílio para fornecer as informações ou que alcançaram escore ≤ 13 no Minixame do Estado Mental (Meem)⁽¹⁵⁾. O ponto de corte estabelecido considerou que o prejuízo cognitivo, aliado à ausência de escolaridade, poderia enviesar as medidas propostas no estudo. Para os indivíduos com baixa e média escolaridade (1 a 8 anos de estudo) o ponto de corte foi 18; e para aquele com escolaridade > 8 anos de estudo, 26⁽¹⁶⁾.

Protocolo do estudo

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: o questionário de caracterização sociodemográfica, o Meem, o Brief Pain Inventory (BPI) e o WHOQOL-OLD.

As variáveis do estudo foram: *desfecho* – domínios de QV (Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade); *exposição* – sexo, idade, estado conjugal, anos de estudo, renda, comorbidades autorreferidas com diagnóstico médico confirmado, tempo de convívio, intensidade e localização da dor crônica. A dor crônica foi considerada como aquela existente há seis meses ou mais⁽¹⁷⁾.

Para dimensionar a intensidade da dor foi utilizada a média das respostas dos idosos em quatro itens: BPI 3, BPI 4, BPI 5 e BPI 6, mediante uso de escala numérica de 0 a 10, sendo 0 = sem dor e 10 = pior dor possível⁽¹⁸⁾. Esse instrumento também avalia a interferência da dor na vida diária por meio de uma escala de 0 a 10 (na qual 0 significa "sem interferência" e 10 "interferência total") que possui duas subdimensões (afetiva e atividade). Fazem parte do instrumento, além disso, um diagrama corporal de locais de dor, uma pergunta aberta sobre o tratamento para a dor e o alívio proporcionado pelo tratamento⁽¹⁸⁾. Neste estudo, o instrumento foi utilizado apenas para medir a intensidade da dor, que foi representada por meio de escala numérica nas categorias leve (1-4), moderada (5-6), forte (7-9) e pior dor possível (10).

O módulo do WHOQOL-OLD é específico para mensurar a QV de idosos, com validade para a população brasileira⁽¹⁹⁾. Possui seis domínios distintos (Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade), com 24 itens. As respostas são do tipo *Likert* e variam de 1 a 5, em que o valor 1 é atribuído a palavras como nunca, muito ruim ou muito insatisfeito e o valor 5 é conferido às palavras extremamente, muito satisfeito e muito boa. O escore por domínio pode variar de 0 a 100 pontos, sendo calculado com base na sintaxe da WHO⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Escores maiores indicam melhor QV⁽²⁰⁾.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais face a face, conduzidas por observadores devidamente treinados. Os indivíduos eram abordados após realizarem o registro na secretaria dos ambulatórios; os que atendiam aos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e, em lugar apropriado, recebiam orientações quanto aos objetivos da investigação. Ao concordarem, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e, em seguida, os instrumentos de coleta de dados lhes eram aplicados.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em dupla entrada no programa Excel®. Para verificar inconsistências, foram sobrepostos os bancos por meio do software Microsoft Excel 2016. Dados não recuperáveis foram registrados no banco como *missing*. A análise dos dados foi feita no programa Stata, versão 15.0. Inicialmente, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors para verificar a normalidade e as variáveis com p-valor > 0,05 foram consideradas com distribuição normal⁽²¹⁾. Em seguida, foi feita a análise descritiva das variáveis sociodemográficas relacionadas à morbidade e à dor, expressas em frequência absoluta (n) e relativa (%), mediana, intervalo interquartil (IIQ) e valores de mínimo e máximo⁽²²⁾. Os domínios do WHOQOL-OLD foram ponderados com base em suas respectivas sintaxes e expressos em valores de média e desvio-padrão (DP).

Análises bivariadas e múltiplas foram utilizadas para averiguar os fatores associados aos domínios da QV. Na análise bivariada realizou-se regressão linear simples para verificar associação entre as variáveis independentes e os domínios (variáveis dependentes). A seguir, variáveis com p-valor ≤ 0,20 na análise bivariada foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla para ajuste das variáveis confundidoras⁽²³⁾. O método de entrada das variáveis foi feito em etapa única. A magnitude das associações foi apresentada em coeficiente de regressão não ajustado (β) com respectivos IC 95%. Os modelos foram avaliados e validados quanto aos seguintes pressupostos da regressão linear: (i) multicolinearidade pelo fator de inflação de variância (FIV) – considerou-se ausência de multicolinearidade FIV médio < 5,0⁽²⁴⁾; normalidade dos resíduos pelo teste K-S, adotando valores de p do teste > 0,05⁽²¹⁾; (iii) homocedasticidade, avaliada pelo teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg – a homocedasticidade dos modelos foi confirmada quando valor de p > 0,05⁽²⁵⁾; e (iv) linearidade analisada pela visualização gráfica⁽²⁶⁾.

Em todas as análises, valores de p < 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

As características sociodemográficas, econômicas, comorbidades e características da dor crônica estão descritas na Tabela 1. Houve prevalência de mulheres (70,3%) e da faixa etária de 60 a 69 anos (66,5%).

No WHOQOL-OLD, os domínios Autonomia (M = 61,8) e Participação Social (M = 63,5) alcançaram o menor escore médio. O escore médio total da QV foi de 66,5 (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com dor crônica (N = 239) de acordo com as características sociodemográficas, econômicas, comorbidades e características da dor crônica, Goiânia, Brasil 2016-2017

| Variáveis | n (%) | Mediana (IIQ): Min-Max |
|------------------------------------------|------------|------------------------------------------|
| Idade (anos) | | 67 (62-72): 60-87 |
| Faixa etária (anos) | | |
| 60-69 | 159 (66,5) | |
| 70-79 | 72 (30,1) | |
| ≥ 80 | 8 (3,5) | |
| Sexo | | |
| Masculino | 71 (29,7) | |
| Feminino | 168 (70,3) | |
| Estado conjugal | | |
| Com cônjuge | 117 (49,0) | |
| Sem cônjuge | 122 (51,0) | |
| Escolaridade em anos de estudo (n = 237) | | 5 (2-9): 0-16 |
| < 8 | 172 (72,5) | |
| ≥ 8 | 65 (27,5) | |
| Renda (R\$) | | 1760,0 (932,0-2.342,0): 50,0-7.040,0 |
| Comorbidades Autorreferidas* | | |
| Doenças osteoarticulares | 202 (84,5) | |
| Hipertensão arterial sistêmica | 137 (57,3) | |
| Diabetes mellitus | 50 (20,9) | |
| Depressão | 40 (16,7) | |
| Fibromialgia | 28 (11,7) | |
| Câncer | 11 (4,6) | |
| Tempo de convívio com a dor (anos) | | |
| 6 meses-1 ano | 15 (6,3) | |
| 1-5 anos | 68 (28,5) | |
| 5-10 anos | 42 (17,6) | |
| > 10 anos | 114 (47,6) | |
| Intensidade da dor (numérico) | | Média (DP), Min-Max 5,4: (2,2),0-10,0 |
| Intensidade da dor segundo categorias | | |
| Leve (1-4) | 38 (15,9) | |
| Moderada (5-6) | 126 (52,7) | |
| Forte (7-9) | 25 (10,5) | |
| Pior dor possível (10) | 50 (20,9) | |
| Localização da dor* | | |
| Membros inferiores | 195 (81,6) | |
| Lombar | 137 (57,3) | |
| Ombros/membros superiores. | 126 (52,7) | |
| Sacral/cóccix/anal/pélvica | 83 (34,7) | |
| Pescoço/cervical | 70 (29,3) | |
| Tórax | 60 (25,1) | |
| Articulações | 35 (14,6) | |
| Cabeça/face | 28 (11,7) | |
| Abdome | 28 (11,7) | |
| Corpo todo | 10 (4,2) | |

Nota: (IIQ) Intervalo interquartil; (Min-Max): Mínimo-Máximo; * Múltipla escolha.

Tabela 2 – Medidas descritivas dos domínios do WHOQOL-OLD, Goiânia, Brasil 2016-2017

| Domínios do WHOQOL-OLD | Média (DP) |
|------------------------------------------|-------------|
| Funcionamento dos sentidos | 66,6 (23,3) |
| Autonomia | 61,8 (17,8) |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 65,8 (17) |
| Participação social | 63,5 (18,4) |
| Morte e morrer | 69,1 (25,8) |
| Intimidade | 71,9 (17,5) |
| QV Total | 66,5 (12) |

Nota: DP: Desvio-padrão; WHOQOL-OLD: World Health Organization Quality of Life – OLD; QV: Qualidade de vida.

Na Tabela 3 foram apresentados os resultados da análise de regressão múltipla dos fatores associados a cada domínio de QV, ou seja, aqueles que alcançaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Observa-se que, dentre os dois domínios com menores escores médios na QV, a Autonomia foi influenciada pela depressão e pela dor localizada no tórax, explicando 16,4% da QV dessa amostra; o domínio Participação Social foi influenciado negativamente pelo diabetes mellitus (DM), depressão, maior intensidade de dor e dor localizada na cabeça e face, explicando 22,4% da QV. Outros fatores associados negativamente ao domínio Funcionamento dos Sentidos incluíram o tempo de dor e a intensidade dessa experiência. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) também influenciou negativamente o domínio Morte e morrer; e depressão e dor localizada na cabeça e face afetaram o domínio Intimidade.

Tabela 3 – Regressão múltipla por domínio dos potenciais fatores associados à percepção de Qualidade de Vida de idosos com dor crônica – Goiânia, Brasil 2016-2017

| Domínios e variáveis | β (IC 95%) | Valor de p |
|-----------------------------------------------|-----------------------|------------|
| Funcionamento dos sentidos* | | |
| Idade (anos) | -0,52 (-1,01;0,03) | 0,039 |
| Tempo de convívio com a dor 6 meses-1 ano* | | |
| 1-5 anos | -14,53 (-25,41;-3,64) | 0,009 |
| 5-10 anos | -17,86 (-29,64;-6,08) | 0,003 |
| > 10 anos | -15,47 (-25,74;-5,20) | 0,003 |
| Intensidade da dor | -1,70 (-2,99;-0,41) | 0,010 |
| Autonomia† | | |
| Depressão | -5,99 (-12,07;-0,08) | 0,047 |
| Dor no tórax | -6,17 (-11,69;-0,66) | 0,029 |
| Atividade passadas, presentes e futuras‡ | | |
| Depressão | -6,94 (-12,75;-1,13) | 0,019 |
| Participação social§ | | |
| Escolaridade (anos) | -0,64 (-1,19;0,09) | 0,023 |
| Diabetes mellitus | -8,15 (-13,56;-2,74) | 0,003 |
| Depressão | -11,53 (-17,56;-5,49) | < 0,001 |
| Intensidade da dor | -1,43 (-2,49;-0,38) | 0,008 |
| Dor nos membros inferiores | -5,94 (-11,71;-0,16) | 0,044 |
| Morte e morrer | | |
| Hipertensão arterial sistêmica | -8,40 (-14,54;-2,26) | 0,008 |
| Intimidade¶ | | |
| Depressão | -5,99 (-11,88;-0,10) | 0,047 |
| Dor na cabeça/face | -3,19 (-15,98;-0,96) | 0,027 |

Nota: *Categoria de referência; β : Coeficiente de regressão; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; MMII: Membros inferiores.

* Modelo de regressão linear múltipla ajustado por idade, sexo, escolaridade, tempo de duração da dor, depressão, outras doenças, intensidade da dor, dor abdominal e dor genital. Parâmetros: F (p-valor): 3,83 (< 0,001); R²: 0,133; FIV: 1,93. Teste de K-S para normalidade dos resíduos: p = 0,132; teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg: p = 0,311.

† Modelo de regressão múltipla ajustado por idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, tempo de duração da dor, religião, HAS, DM, intensidade da dor, depressão, dor na cabeça/face, dor no pescoço/cervical, no tórax, no abdome, na lombar e no corpo todo. Parâmetros: F (p-valor): 2,25 (0,003); R²: 0,164; FIV: 2,02. Teste de K-S para normalidade dos resíduos: p = 0,174; teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg: p = 0,381.

‡ Modelo de regressão múltipla ajustado por idade, sexo, escolaridade, renda, DM, fibromialgia, depressão, outras doenças e dor nas articulações. Parâmetros: F (p-valor): 2,57 (0,008); R²: 0,092; FIV: 1,08. Teste de K-S para normalidade dos resíduos: p = 0,189; teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg: p = 0,512.

§ Modelo de regressão múltipla ajustado por idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, tempo de duração da dor, DM, fibromialgia, depressão, outras doenças, intensidade da dor, dor na cabeça/face, no pescoço/cervical, nos membros inferiores e no corpo todo. Parâmetros: F (p-valor): 4,01 (< 0,001); R²: 0,224; FIV: 1,72. Teste de K-S para normalidade dos resíduos: p = 0,132; teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg: p = 0,381.

|| Modelo de regressão múltipla ajustado por idade, sexo, tempo de duração da dor, HAS, depressão, dor na cabeça/face, no pescoço/cervical e nos membros superiores. Parâmetros: F (p-valor): 2,33 (0,012); R²: 0,093; FIV: 1,93. Teste de K-S para normalidade dos resíduos: p = 0,200; teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg: p = 0,351.

¶ Modelo de regressão múltipla ajustado por idade, sexo, religião, HAS, fibromialgia, depressão, outras doenças, dor na cabeça/face, no tórax, na lombar e no corpo todo. Parâmetros: F (p-valor): 2,66 (0,002); R²: 0,133; FIV: 1,61. Teste de K-S para normalidade dos resíduos: p = 0,102; teste de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg: p = 0,181.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que os domínios Autonomia e Participação social apresentam os menores escores médios quando comparados aos demais, o que indica maior influência negativa na QV das pessoas idosas com dor crônica, corroborando os achados de outros estudos⁽²⁷⁻²⁸⁾. Adicionalmente, estes foram os domínios que mais explicaram a QV nesta amostra.

Na análise múltipla, os fatores associados negativamente ao domínio Autonomia da QV incluíram depressão, maior intensidade da dor e dor localizada no tórax. No domínio Participação social houve associação negativa com escolaridade, DM, depressão, intensidade da dor e dor localizada nos MMII. Nesse sentido, vale ressaltar que, entre idosos, foi evidenciada associação de depressão com autonomia⁽²⁹⁾. Outro estudo⁽³⁰⁾ mostrou que há perda de autonomia entre idosos com dor crônica, o que leva os autores a defenderem que a depressão em idosos com dor crônica deve ser diagnosticada e tratada o mais rápido possível para evitar maiores perdas na QV. A maior preocupação é o fato de essas morbidades (depressão e dor crônica) estarem sendo vivenciadas concomitantemente pelos participantes deste estudo. Sabe-se que a gênese da dor crônica e da depressão está relacionada a mecanismos comuns, como a ativação de centros específicos no sistema nervoso central⁽³¹⁾. Nesse sentido, idosos com dor crônica podem ser mais propensos a desenvolver depressão e vice-versa. Perdas na autonomia levam a relações interpessoais disfuncionais, afastamento das atividades de recreação e lazer, ausência de cuidados com a saúde de forma geral e isolamento social^(10,19,32), o que pode influenciar negativamente a QV dessas pessoas.

Adicionalmente, a dor no tórax influencia os baixos escores encontrados no domínio Autonomia. Não foram encontradas pesquisas investigando a localização da dor como fator associado ao domínio Autonomia em idosos com dor crônica, o que limitou a comparação dos achados. No entanto, vale lembrar que 84,1% dos participantes deste estudo relataram dor de intensidade moderada/pior dor possível, clinicamente significativa e razão de perdas importantes na vida das pessoas, evidenciando associação relevante com a QV ruim^(9,33). Há de se considerar que o indivíduo que sofre dor crônica tende ao isolamento e evita participar de atividades diárias e comunitárias⁽³⁴⁾.

Dores no tórax podem estar associadas a doenças cardiovasculares, como as síndromes coronarianas⁽³⁵⁻³⁶⁾. Por vezes, o estigma que acompanha a dor localizada nesse local pode levar o idoso a se retrair em suas atividades, por medo de maiores prejuízos a sua saúde. Perdas na autonomia também podem estar associadas a alterações cardiovasculares que geram incapacidade⁽³⁵⁾ e podem prejudicar a tomada de decisão, a liberdade e as atividades que eles gostariam de fazer ao longo da vida, impactando diretamente a QV.

A depressão esteve negativamente associada ao domínio Participação social, assim como a escolaridade, o DM, a intensidade da dor e a dor localizada nos MMII. Ferretti et al.⁽²⁷⁾ mostraram uma diferença no escore médio do domínio Participação social (3,73 ± 0,59) entre idosos com e sem dor crônica (3,96 ± 0,56)⁽²⁷⁾. Estudo de revisão identificou a depressão como fator de diminuição na participação social entre idosos⁽³⁷⁾, afastamento

social e abandono de atividades na comunidade⁽¹⁰⁾. Nessa face-
ta, aspectos culturais, recursos disponíveis, hábitos e crenças⁽³⁷⁾
são avaliados, o que também pode explicar associação negativa a
morbidades tipo DM e HAS, uma vez que hábitos e crenças errôneas
aumentam a probabilidade de ocorrência e o adequado tratamento
dessas comorbidades. Pesquisa recente conduzida com idosos da
comunidade com DM e com ou sem dor crônica evidenciou que
aqueles que tinham dor crônica possuíam escore médio menor
(59,84 ± 19,01) no domínio Participação social quando comparados
aos que não tinham dor crônica (61,83 ± 20,95)⁽²⁸⁾.

A intensidade da dor também foi fator associado a esse domí-
nio. Nesse sentido, vale lembrar que o diabetes está relacionado
a neuropatias, especialmente as sensitivo-motoras, complicações
físicas e dores de elevada intensidade que geram incapacida-
de⁽³⁵⁾. A dor nos membros inferiores prevaleceu entre idosos da
comunidade com dor crônica⁽¹⁾, indicando possível relação com
a incapacidade^(2,38), o que afeta as atividades funcionais, sociais,
físicas e psicológicas⁽³⁸⁾. Direta ou indiretamente, a dor crônica
reduz a mobilidade, impõe limitações no deslocamento e na
realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária
afetando a participação social^(1-2,34). Concorda-se com as coloca-
ções de autores que mostram que a dor de intensidade elevada
contribui com o isolamento, piora as atividades profissionais e
de lazer, além de alterar o convívio familiar^(9,27,34).

Não foram encontrados estudos com amostras de idosos com
dor crônica que investigaram associação entre escolaridade e o
domínio Participação social. Contudo, pesquisas que avaliaram a
QV de pessoas em geral mostraram resultado divergente⁽³⁹⁻⁴⁰⁾, ou
seja, a maior escolaridade pareceu aumentar a chance de melhor
QV. Nesse sentido, os autores entendem que novas pesquisas
devem ser realizadas para confirmar os achados deste estudo
ou refutá-los.

Achado interessante foi a associação negativa entre o domínio
Funcionamento dos sentidos e o fator tempo de convívio com
a dor (acima de 1 ano) e maior intensidade dessa dor sugere a
necessidade de avaliar sistematicamente os longevos com dor
crônica, pois eles podem sofrer prejuízos na QV e quiçá em sua
capacidade cognitiva, uma vez que a dor crônica, independentemente
de sua localização e etiologia, pode causar anormalidades
cerebrais e contribuir na redução do volume da massa cinzenta⁽⁴¹⁾,
exacerbando as perdas cognitivas e a dor. Um estudo conduzido
em idosos com dor crônica na coluna mostrou correlação nega-
tiva ($r = -0,326$; $p = 0,026$) entre a duração da dor (acima de 3
meses) e a QV⁽¹¹⁾.

Além disso, no envelhecimento ocorrem perdas na visão,
audição, gustação⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ e outras habilidades sensoriais. Pesquisa
anterior⁽⁴⁵⁾ evidenciou que o escore médio do domínio Funcio-
namento dos sentidos foi mais baixo (40,0) que o do presente
estudo e, nesse sentido, acredita-se que a divergência possa
estar na intensidade média da dor que, em nosso estudo, foi
menos elevada.

No domínio Intimidade, que aborda o relacionamento ínti-
mo e pessoal do idoso⁽¹⁹⁾, os fatores negativamente associados
foram a depressão e a dor na cabeça. Idosos com depressão
apresentam tendência ao isolamento, o que prejudica os vínculos
pessoais⁽⁴⁶⁾. Não foram encontrados estudos que investigaram os
fatores associados a esse domínio em idosos com dor crônica.

No entanto, o estudo que comparou os escores atribuídos por
idosos no domínio Intimidade mostrou que o escore médio entre
aqueles com depressão foi menor (11,0 ± 1,9) do que entre os
idosos sem depressão (14,4 ± 1,7)⁽⁴⁷⁾, apontando influência na
qualidade de vida.

Dor na cabeça/facial tem alta prevalência em pessoas idosas
e afeta cerca de 65,0% dessa população⁽⁴⁸⁾, além de ser um dos
fatores responsáveis pelos anos de incapacidade vividos⁽³⁵⁾.
Investigações na área de dor localizada na cabeça e dores crânio-
faciais apontam o isolamento como consequência psicossocial,
possivelmente justificado pela baixa autoestima, irritabilidade,
desconforto físico, hostilidade e sentimento de desamparo,
aspectos associados a estímulos ambientais que antes não
geravam dor e que passam então a ser referidos como causa de
dor (iluminação e ruídos, por exemplo)^(35,48).

No domínio Atividades passadas, presentes e futuras cons-
tatou-se associação negativa com a depressão. Fleck⁽¹⁹⁾ mostra
que nesse domínio são abordadas questões voltadas à satisfação
pessoal, ao reconhecimento e às realizações, caminhando na
direção das colocações de Silvertsen et al.⁽¹⁰⁾. Ou seja, os idosos,
em geral, possuem aspirações diversas ao longo da vida, gostam
de ser reconhecidos pelos seus feitos e possuem orgulho de
suas conquistas e realizações. Quando em estado depressivo,
perdem as expectativas, frustram-se, isolam-se e mantêm uma
visão negativa, tornando-se melancólicos e tristes, o que interfere
diretamente na qualidade de vida.

Finalmente, a HAS esteve associada negativamente ao domínio
Morte e morrer. Não foram encontrados estudos semelhantes
comparando estes dados. Entretanto, sabe-se que a HAS gera
alterações funcionais e estruturais em órgãos-alvo, e que ela
prevalece na população idosa, comprometendo a QV e reduzindo
a expectativa de vida dessa população⁽⁴⁹⁾. A HAS gera prejuízos
no processo de envelhecimento, o que possivelmente justifica
os escores atribuídos no domínio Morte e morrer. Borges et
al.⁽⁵⁰⁾ evidenciaram escore médio baixo (12,4) nesse domínio ao
investigarem amostra de idosos com HAS.

Limitações do estudo

Uma limitação deste estudo está relacionada ao momento
de abordagem dos idosos para coletar os dados, uma vez que
poderiam estar ansiosos por aguardarem consultas médicas. Ou-
tra limitação pode estar ligada ao fato de a amostragem ter sido
obtida por conveniência. Além disso, podem ter sido excluídos
participantes com incapacidades severas que os impossibilitas-
sem de frequentar os serviços nos quais o estudo foi realizado.
No entanto, os achados foram obtidos por meio de uma amostra
calculada de forma probabilística. São resultados inovadores, com
potencial de contribuir no cuidado ao idoso com dor crônica.

Contribuições para a enfermagem

Esta pesquisa examina, por domínio, os fatores associados à QV
de idosos com dor crônica, visando contribuir para diagnosticar,
planejar e implementar estratégias de assistência de enfermagem
que colaborem para promover a QV nessa população. Conhe-
cer os fatores que influenciam esse construto pode ajudar a

elaborar uma proposta de modelo preditivo de QV, direcionando a ação do enfermeiro para a prevenção de prejuízos e sofrimento desnecessário.

CONCLUSÕES

Os achados deste estudo mostram que as características da dor crônica, especialmente o tempo de convívio com a dor e a localização dessa experiência, bem como a depressão e o diabetes, são os fatores que influenciam com maior magnitude os domínios Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Participação social, Intimidade e Atividades passadas, presentes e futuras. Esse resultado mostra a importância do manejo adequado das

comorbidades, que frequentemente são subdiagnosticadas e subtratadas em idosos e/ou erroneamente entendidas como próprias da senilidade, como a dor crônica.

Adicionalmente, a hipertensão arterial sistêmica também influencia fortemente o domínio Morte e morrer, indicando a importância da prevenção e tratamento contínuo e supervisionado dessa comorbidade em idosos com dor crônica.

Os fatores investigados em cada domínio não conseguiram explicar totalmente a qualidade de vida de idosos com dor crônica. No entanto, foi possível identificar que os domínios Autonomia e Participação social, os que mais explicam o construto, são fortemente influenciados por fatores como depressão, localização da dor e diabetes.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(4):662-9. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3591.2465>
2. Ruan X, Wu H, Kaye AD. The global burden of pain and disability. *Anesth Analg*. 2017;124(1):370-1. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001711>
3. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res*. 2016;9(1):457-67. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
4. Lazkani A, Delespierre T, Bauduceau B, Pasquier F, Bertin P, Berrut G, et al. Healthcare costs associated with elderly chronic pain patients in primary care. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015;71(1):939-47. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-1871-6>
5. Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M, Husberg M, Levin LA. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden impact on costs and quality of life. *Pain*. 2015;156(3):521-7. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460336.31600.01>
6. Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. *Pain Pract*. 2001;1(2):150-61. <https://doi.org/10.1046/j.1533-2500.2001.01016.x>
7. Morete MC, Solano JPC, Boff MS, Filho WJ, Ashmawi HA. Resilience, depression, and quality of life in elderly individuals with chronic pain followed up in an outpatient clinic in the city of São Paulo, Brazil. *J Pain Res*. 2018;11(1):2561-6. <https://doi.org/10.2147/JPR.S166625>
8. Wang C, Pu R, Ghose B, Tang S. Chronic musculoskeletal pain, self-reported health and quality of life among older populations in South Africa and Uganda. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):2806. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122806>
9. Nasution IK, Lubis NDA, Amelia S, Hocin K. The correlation of pain intensity and quality of life in chronic LBP patients in Adam Malik general hospital. *IOP Conf Ser Earth and Environ Sci*. 2018;125(1):e012183. <https://doi.org/10.1088/1755-1315/125/1/012183>
10. Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40(1):311-39. <https://doi.org/10.1159/000437299>
11. Hong JH, Kim HD, Shin HH, Huh B. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean J Anesthesiol*. 2014;66(6):444-50. <https://doi.org/10.4097/kjae.2014.66.6.444>
12. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
13. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med*. 2013;35(2):121-6. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.116232>
14. Dell RB, Holleran S, Ramakrishnan R. Sample size determination. *ILAR J*. 2002;43(4):207-13. <https://doi.org/10.1093/ilar.43.4.207>
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
17. Merskey H, Bogduk N, (Eds.). Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.
18. Cleeland CS. The brief pain inventory: user guide. Houston: Anderson Cancer Center; 2009.
19. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA, Schmidt S, Power M. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MPA, editor. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porte Alegre: Artmed; 2008. p. 102-11.
20. World Health Organization. The WHOQOL-OLD module: manual. Copenhagen: WHO; 2006.

21. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab.* 2012;10(2):486-9. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
22. Spriestersbach A, Rohrig B, Prel JB, Gerhold-Ay A, Blettner M. Descriptive statistics: the specification of statistical measures and their presentation in tables and graphs: part 7 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(36):578-83. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0578>
23. Schneider A, Hommel G, Blettner M. Linear regression analysis: part 14 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(44):776-82. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0776>
24. Kim JH. Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean J Anesthesiol.* 2019;72(6):558-69. <https://doi.org/10.4097/kja.19087>
25. Daye ZJ, Chen J, Li H. High-dimensional heteroscedastic regression with an application to eQTL Data Analysis. *Biometrics.* 2012;68(1):316-26. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0420.2011.01652.x>
26. Kroll MH, Emancipator K. A theoretical evaluation of linearity. *Clin Chem [Internet].* 1993 [cited 2020 Sep 9];39(3):405-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8448849/>
27. Ferretti F, Castanha AC, Padoan ER, Lutinski J, Silva MR. Quality of life in the elderly with and without chronic pain. *BrJP.* 2018;1(2):111-5. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>
28. Paiva FTF, Lima LR, Funez MI, Volpe CRG, Funguetto SS, Stiva MM. The influence of pain on elderly diabetics' quality of life. *Rev Enferm UERJ.* 2019;27:e31517. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.31517>
29. Gonçalves FB, Araújo APS, Júnior JRAN, Oliveira DV. Qualidade de vida e indicadores de depressão em idosas praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade da cidade de Maringá (PR). *Saude Pesqui.* 2015;8(3):557-67. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2015v8n3p557-567>
30. Kuss K, Laekeman M. Activating physiotherapy for chronic pain in elderly patients: recommendations, barriers and resources. *Schmerz.* 2015;29(4):402-10. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0037-x>
31. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging.* 2017;12:709-20. <https://doi.org/10.2147/CIA.S113576>
32. Boyle G. The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings. *Ageing Soc.* 2005;25(5):731-48. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003703>
33. Geelen CC, Kindermans HP, Bergh JP, Verbunt JA. Perceived physical activity decline as a mediator in the relationship between pain catastrophizing, disability, and quality of life in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain Pract.* 2016;17(3):320-8. <https://doi.org/10.1111/papr.12449>
34. Karayannis NV, Baumann I, Sturgeon JA, Melloh M, Mackey SC. The impact of social isolation on pain interference: a longitudinal study. *Ann Behav Med.* 2019;53(1):65-74. <https://doi.org/10.1093/abm/kay017>
35. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
36. Vargas RA, Riegel F, Oliveira Junior N, Siqueira DS, Crossetti MGO. Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UFPE.* 2017;11(7):2803-9. <https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201721>
37. Pinto JM, Neri AL. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(2):260-73. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077>
38. Aguiar BM, Silva PO, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(2):e180163. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180163>
39. Alberte JSP, Ruscalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med [Internet].* 2015 [cited 2020 Jan 23];13(1):32-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>
40. Inouye K, Pedrazzani ES. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(1):742-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000700005>
41. Fritz HC, McAuley JH, Wittfeld K, Hegenscheid K, Schmidt CO, Langner S, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and anterior insular gray matter: results from a population-based cohort study. *J Pain.* 2016;17(1):111-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.10.003>
42. Neumann L, Schaub BC, Adami FS. Taste sensitivity of adults and elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(5):797-808. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150218>
43. Ottaviano G, Frasson G, Nardello E, Martini A. Olfaction deterioration in cognitive disorders in the elderly. *Aging Clin Exp Res.* 2016;28(1):37-45. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0380-x>
44. Costa-Guarisco LP, Dalpubel D, Labanca L, Chagas MHN. Perception of hearing loss: use of the subjective faces scale to screen hearing among the elderly. *Cienc Saude Colet.* 2017;22(11):3579-88. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.277872016>
45. Lemos BO, Cunha AMR, Cesarino CB, Martins MRI. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP.* 2019;2(3):237-41. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>

46. Ahangar AA, Hosseini SR, Kheirkhah F, Karimi M, Saadat P, Bijani A, et al. Association between chronic pain and depression among the elderly of Amirkola City, Northern Iran. *Elderly Health J*[Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 29];3(2):74-9. Available from: <http://ehj.ssu.ac.ir/article-1-99-en.pdf>
 47. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):289-99. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200013>
 48. Starling AJ. Diagnosis and management of headache in older adults. *Mayo Clin Proc*. 2018;93(2):252-62. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.12.002>
 49. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalence of concomitant hypertension and diabetes in Brazilian older adults: individual and contextual inequalities. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(11):3829-40. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>
 50. Borges JES, Camelier AA, Oliveira LVF, Brandão GS. Quality of life of elderly hypertensive and diabetics of the community: an observational study. *J Physiother Res*. 2019;9(1):74-84. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2249>
-