

Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional¹

Lilian Varanda Pereira²

Patrícia Pereira de Vasconcelos³

Layz Alves Ferreira Souza⁴

Gilberto de Araújo Pereira⁵

Adélia Yaeko Kyosen Nakatani⁶

Maria Márcia Bachion⁷

Objetivo: identificar a prevalência e a intensidade de dor crônica entre idosos da comunidade e analisar associações com a autopercepção do estado de saúde. Método: estudo transversal, com amostra populacional (n=934), conduzido por meio de entrevista domiciliar, na cidade de Goiânia, Brasil. A intensidade da dor crônica (existente há 6 meses ou mais) foi mensurada por meio de escala numérica (0-10) e a autopercepção de saúde por meio de escala verbal (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim). Para análise estatística utilizou-se frequência absoluta e porcentual, IC (95%), teste do qui-quadrado, Odds ratio e análise de regressão. Significância de 5%. Resultados: a prevalência de dor crônica foi de 52,8% [IC (95%):49,4-56,1]; localizada com maior frequência em membros inferiores (34,5%) e região lombar (29,5%); de intensidade forte ou pior possível para 54,6% dos idosos. Ocorrência de dor crônica associou-se ($p < 0,0001$) a pior autopercepção de saúde (OR=4,2:2,5-7,0), número de doenças crônicas (OR=1,8:1,2-2,7), doença articular (OR=3,5:2,4-5,1) e sexo feminino (OR=2,3:1,7-3,0). Menor intensidade de dor crônica associou-se a melhor autopercepção de saúde ($p < 0,0001$). Conclusão: a maioria dos idosos da comunidade relata dor crônica, de elevada intensidade, e localizada em regiões relacionadas às atividades de deslocamento, podendo influenciar na morbimortalidade dessa população.

Descritores: Idoso; Medição da Dor; Dor Crônica; Autoavaliação.

¹ Apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³ MSc, Enfermeira.

⁴ MSc, Enfermeira, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁷ PhD, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Endereço para correspondência:

Lilian Varanda Pereira
Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem e Nutrição
Rua 227, Qd. 68, s/n
Setor Leste Universitário
CEP: 74605-080, Goiânia, GO, Brasil
E-mail: lilianvaranda7@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O envelhecimento da população mundial vem acompanhado de crescente prevalência de doenças crônicas e degenerativas⁽¹⁾ e, conseqüentemente, de maior incidência de dor e incapacidade⁽²⁻³⁾.

Estudos nacionais e internacionais mostram que a prevalência de dor crônica entre idosos da comunidade varia de 29,7 a 89,9%⁽⁴⁻⁸⁾. Frequentemente localizada nos membros inferiores e superiores, costas (região lombar), pescoço e articulações, além de face, abdome, joelho, quadril, tórax e reto^(4-5,8-9), essa dor tem sido relatada com intensidade moderada/intensa⁽⁴⁻⁵⁾.

Na população idosa, encontrou-se relação entre a ocorrência⁽¹⁰⁾, a intensidade elevada e o tempo prolongado de convívio com dor crônica⁽¹¹⁾ e pior autopercepção do estado de saúde, corroborando achados de estudo realizado no Canadá⁽¹²⁾, no qual a pessoa idosa relatou pior autopercepção de saúde na presença de dor. Entretanto, estudos com foco nessa temática são escassos, especialmente quando se trata do cenário brasileiro da velhice.

Convém salientar que o estudo dos fatores que influenciam as condições de saúde na população idosa, como a dor crônica, pode indicar estratégias para intervenção e planejamento de ações que promovam o bem-estar e, adicionalmente, permitam avaliar o impacto das intervenções na saúde e na qualidade de vida dos longevos.

Por essa razão, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e a intensidade de dor crônica e analisar associações entre essas variáveis com autopercepção do estado de saúde entre idosos da comunidade.

Método

Trata-se de estudo de base populacional, tipo corte transversal, recorte de inquérito epidemiológico, realizado pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI), em 2010, na cidade de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil.

A amostra mínima necessária da população de idosos (indivíduos com 60 anos ou mais, idade estabelecida para o idoso no Brasil, de acordo com a Lei nº8.842, de 4 de janeiro de 1996) de Goiânia (7% da população total; 1.249.645 – ano base 2007) foi calculada considerando-se que a estimativa da prevalência de dor na população tenha nível de confiança de 95%, prevalência esperada de 30%, precisão absoluta de 5%, DEEF de 1,8 e acréscimo de 11% para as perdas. A amostra representativa da população de idosos residentes na zona urbana de Goiânia constituiu-se de 934 indivíduos.

O conceito de residir no domicílio foi "dormir na residência por mais de quatro dias por semana". Foram excluídos aqueles que residiam no domicílio, mas nele não foram encontrados após três tentativas de visitas do observador, ou aqueles que alcançaram escores <13 na avaliação da capacidade cognitiva por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽¹³⁾, o que totalizou 872 idosos.

A área geográfica do estudo foi definida com base nos Setores Censitários (SC) e, para a delimitação desses setores, foram utilizados mapas de campo e memorial descritivo informados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia (MUBDG), concluído em 1996, foi fornecido pela COMDATA – instituição municipal responsável pela construção da malha digital da cidade. Esse mapa foi utilizado na digitalização dos 1.068 setores censitários. Desse total, os 912 SC, estritamente urbanos, foram utilizados para localização dos idosos.

A média de população por SC era de 980 indivíduos e, considerando-se 7% da população composta por idosos, foram 16,3 idosos por SC, sendo necessários 56 SC, sorteados aleatoriamente, dentre os 912. O sorteio foi feito por meio de tabela de números aleatórios criada em sistema eletrônico de randomização. Dos 934 idosos da amostra aleatória, 9 (nove) foram excluídos por alcançarem escores <13 no MEEM, e 53 foram considerados casos de perdas, por necessitarem de ajuda para preenchimento do questionário ou por não terem preenchido as questões sobre avaliação da dor. Assim, participaram deste recorte 872 idosos.

Para cada CS, foi sorteado o primeiro quarteirão e nesse uma esquina onde a coleta de dados foi iniciada. A partir da esquina sorteada, a primeira residência foi visitada, excluindo-se qualquer imóvel que não fosse residencial. Para cada SC sorteado, e a partir do quarteirão definido, foram visitados os domicílios até completar 17 idosos.

Os dados foram colhidos com o próprio idoso, em seu domicílio, por pessoas devidamente treinadas. Após identificação do entrevistador, foram orientados sobre os objetivos do estudo, métodos da pesquisa, riscos/benefícios, garantia de anonimato e confidencialidade dos dados. Os idosos que atenderam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa e, para aqueles que aceitaram, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Após, aplicou-se o questionário composto por 12 seções (identificação, perfil social, cuidador, saúde geral e antecedentes familiares, com verificação da pressão arterial e registro do peso e altura referidos, hábitos de vida, avaliação da dor, sintomas respiratórios, avaliação funcional, qualidade de

vida, fragilidade, quedas, acesso a serviços de saúde e Miniexame do Estado Mental).

A variável de desfecho desse recorte foi dor crônica (existente há seis meses ou mais⁽¹⁴⁾). Mensurou-se a principal dor, ou seja, aquela que mais incomodava o idoso, sentida nos sete dias que antecederam a entrevista. Para medida de sua intensidade, foi utilizada a escala numérica (0-10), em que zero=sem dor, 1, 2, 3 e 4=dor leve, 5 e 6=dor moderada, 7, 8 e 9=dor forte e 10=pior dor possível. Variáveis de exposição: autopercepção do estado de saúde (avaliada por meio de uma escala verbal "muito boa", "boa", "regular", "ruim", "muito ruim"), sexo (feminino/masculino) e idade por faixa etária (60-69anos=jovens idosos, 70-79 anos=idosos, 80 anos e mais=muito idosos), número e tipo de doenças crônicas autorreferidas

Outras variáveis, como estado civil (casado, solteiro, viúvo e divorciado), escolaridade (analfabeto, primário, ensino médio, ensino superior), condição laboral (trabalha, não trabalha), morar sozinho (sim/não) foram coletadas para caracterização da amostra.

O projeto da REVISI foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, Protocolo nº050/2009, e financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás – Edital 001/2007. Todos os idosos deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram analisados por frequências absolutas e percentuais. As associações entre as variáveis de interesse foram avaliadas a partir do teste qui-quadrado, *Odds Ratio* e análise de regressão. O nível de significância para todos os testes foi de 5%.

Resultados

Entre os 872 idosos que participaram deste estudo, prevaleceu o sexo feminino (62,3%), idade entre 60 e 69 anos (50,1%), casados (50,3%), com nível de escolaridade primário (48,6%), moravam acompanhados (86,8%) e não trabalhavam (79,8%). (Tabela 1).

Quanto às características clínicas, 45,4% dos idosos relataram saúde "muito boa" ou "boa" e 10,4% "ruim" ou "muito ruim". O total de 50,2% dos idosos mencionou duas ou mais doenças; a presença de hipertensão arterial foi relatada por 73,8%.

A prevalência de dor crônica foi de 52,8% [IC(95%): 49,4%-56,1%]. Entre os indivíduos com dor crônica (n=460), 49,6% referiram senti-la em local único e 15,1% em mais que três locais (Tabela 2). A dor localizou-se com maior frequência nos membros inferiores (34,5%), região lombar (29,5%), cabeça/face/pescoço (16,2%) e ombros/

membros superiores (10,0%). Quanto à intensidade, 42,1% referiram dor forte, 25,9% moderada, 19,4% leve e 12,6% consideraram sentir a pior dor possível.

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos. Goiânia, GO, Brasil, 2010

Variáveis	Idosos	
	n	%
Gênero (872)		
Masculino	329	37,7
Feminino	543	62,3
Idade (872)		
60-69 anos	437	50,1
70-79 anos	286	32,8
80 anos ou mais	149	17,1
Estado civil (867)		
Casado	436	50,3
Solteiro	80	9,2
Viúvo	271	31,3
Separado	80	9,2
Escolaridade (869)		
Analfabeto	168	19,3
Primário	422	48,6
Ensino médio	197	22,7
Ensino superior	82	9,4
Mora sozinho (n=866)		
Sim	114	13,2
Não	752	86,8
Trabalha		
Sim	172	20,2
Não	680	79,8

A presença de dor crônica esteve significativamente associada com pior autopercepção sobre o estado de saúde ($\chi^2=46,9$, $p<0,0001$), maior quantidade de doenças crônicas existentes ($\chi^2=51,4$, $p<0,0001$), presença de doença articular ($\chi^2=51,6$, $p<0,0001$) e ao sexo feminino ($\chi^2=33,9$, $p<0,0001$). Quanto à autopercepção do estado de saúde, aqueles que perceberam negativamente sua saúde ("ruim ou muito ruim") apresentaram maior chance de relatar dor crônica que aqueles com autopercepção da saúde "muito boa ou boa" (OR=4,2; 2,5-7,0), conforme evidenciado na Tabela 3.

Ante o número de doenças crônicas, ter referido uma doença aumentou a chance de relato positivo de dor crônica em quase duas vezes (OR=1,8; 1,2-2,7). Essa chance foi três vezes maior para os idosos que referiram doença articular (OR=3,5; 2,4-5,1). Adicionado a isso, considerando-se o sexo feminino, aumentou a chance de relato de dor crônica em duas vezes (OR=2,3; 1,7-3,0) (Tabela 3).

Tabela 2 - Características clínicas dos idosos. Goiânia, GO, Brasil, 2010

Variáveis	Idosos	
	n	%
Autopercepção da saúde (n=837)		
Muito boa/boa	380	45,4
Regular	370	44,2
Ruim/muito ruim	87	10,4
Número de doenças crônicas (n=872)		
Nenhuma	162	18,6
Uma	272	31,2
Duas ou mais	438	50,2
Doenças crônicas (n=710)*		
Hipertensão arterial	524	73,8
Doença articular	189	26,6
Diabetes	161	22,7
DPOC	129	18,2
IAM	51	7,2
Dor crônica (n=872)		
Sim	460	52,8
Não	412	47,2
Locais de dor (n=460)†		
Um	228	49,6
Dois	88	19,1
Três	70	15,2
Quatro ou mais	74	16,1
Intensidade da dor (n=428)‡		
Leve	83	19,4
Moderada	111	25,9
Forte	180	42,1
Pior possível	54	12,6

*Múltipla resposta, porcentual calculado sobre os que referiram ter uma ou mais doenças crônicas

†Porcentual calculado sobre os que referiram sentir dor crônica

‡32 idosos com dor crônica não referiram intensidade de dor por não a terem sentido nos últimos 7 dias

A análise da relação entre autopercepção de saúde e presença de dor crônica, separadamente, para os sexos feminino e masculino mostrou que, entre as mulheres (n=319) 45,8% (97\212), 68,4% (167\244) e 83,3% (55\66) perceberam sua saúde como "muito boa/boa", "regular" e "ruim/muito ruim", respectivamente. Entre os homens (n=130), essas proporções foram 36,3% (n=61\168), 46,8% (n=59\126) e 47,6% (n=10\21), respectivamente. Autopercepção de saúde e presença de dor crônica associaram-se, significativamente, ao sexo feminino ($\chi^2=41,6$; $p<0,0001$) acompanhando a análise geral; no masculino, no entanto, essa associação não se mostrou significativa ($\chi^2=3,7$; $p=0,1604$).

Nas mulheres, a chance de avaliar a saúde como "moderada" foi 2,6 vezes maior quando comparada com a avaliação "muito boa e boa" (OR=2,6:1,7-3,8); e quase seis vezes maior quando a avaliação foi para saúde "ruim e muito ruim" (OR=5,9:2,9-12,0). Nos homens, essas chances foram menores (OR=1,5:0,9-2,5 para "moderada" e 1,6:0,6-3,9 para "ruim e muito ruim").

Na Tabela 4, observa-se que a autopercepção de saúde esteve associada com maior intensidade de dor crônica ($\chi^2=72,9$; $p<0,0001$).

Ainda sobre a intensidade de dor crônica e a autopercepção de saúde, a análise de regressão (Figura 1) mostrou que, quando os escores de dor atribuídos por meio da escala numérica (0-10) foram menores, indicando dores menos intensas, os idosos avaliaram melhor sua saúde.

Tabela 3 - Características clínicas, segundo relatos de dor crônica. Goiânia, GO, Brasil, 2010

Características	Dor crônica						χ^2	p
	Sim		Não		Odds Ratio			
	n	%	n	%	OR	IC(95%)		
Autopercepção de saúde* (n=837)							46,9	<0,0001
Muito boa/boa	158	41,6	222	58,4	1,0	-		
Regular	226	61,1	144	38,9	2,2	1,9-3,0		
Ruim/muito ruim	65	74,7	22	25,3	4,2	2,5-7,0		
Quantidade de doenças crônicas (n=872)							51,4	<0,0001
Nenhuma	53	32,7	109	67,3	1,0			
Uma	128	47,1	144	52,9	1,8	1,2-2,7		
Duas ou mais	279	63,7	159	36,3	4,2	2,9-6,2		
Doença articular (n=854)							51,6	<0,0001
Não	307	46,2	358	53,8	1,0			
Sim	142	75,1	47	24,9	3,5	2,4-5,1		
Gênero (n=872)							33,9	<0,0001
Masculino	132	40,1	197	59,9	1,0			
Feminino	328	60,4	215	39,6	2,3	1,7-3,0		

*Onze (11) sujeitos não responderam sobre a autopercepção da saúde e doença articular

Tabela 4 - Autopercepção da saúde, segundo a intensidade de dor crônica. Goiânia, GO, Brasil, 2010

Autopercepção de saúde	Intensidade da dor (n=419)*							
	Leve		Moderada		Forte		Pior dor	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito boa/boa	49	34,0	44	39,6	45	31,3	6	4,2
Regular	30	13,6	56	26,1	99	46,1	30	14,0
Ruim/muito ruim	3	5,0	9	15,0	31	51,7	17	28,3

*41 idosos com dor crônica não relataram dor nos últimos 7 dias; $\chi^2=56,5$; $p<0,0001$

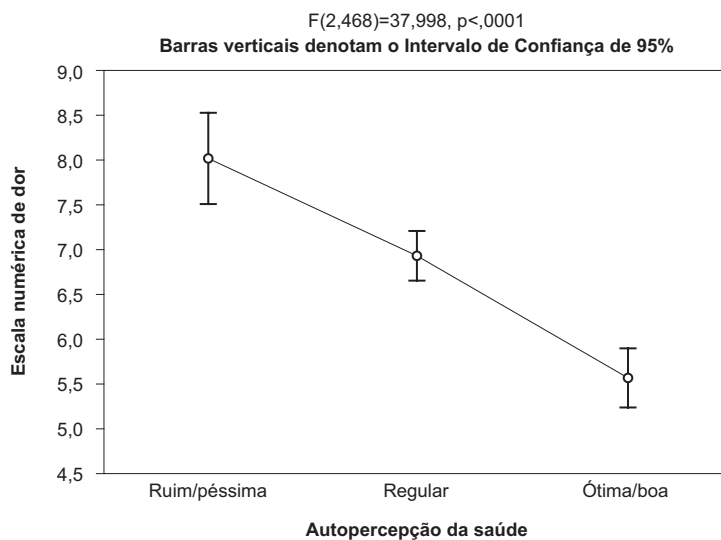


Figura 1 - Escala numérica de dor (0-10) em relação à autopercepção da saúde (Ruim/péssima x Regular: $p=0,008$; Ruim/péssima x Ótima/boa: $p<0,0001$; Regular x Ótima/boa: $p<0,0001$). Goiânia, GO, Brasil, 2010

Discussão

Estudos^(4-9,15) mostraram que a prevalência de dor crônica pode variar de 29,7% a 89,9%. Essa variação pode ser resultado da influência de fatores que incluem a definição do tempo estabelecido para a classificação da dor como crônica, diferenças sociodemográficas regionais, metodologia empregada para obtenção dos dados e variações entre os instrumentos de coleta de dados empregados⁽¹⁶⁾.

Diante da extensão do problema dor crônica, os achados deste estudo corroboram os de pesquisas nacionais e internacionais, apontando elevada proporção de queixas dolorosas entre os idosos da comunidade, o que pode significar sofrimento prolongado, por vezes ignorado e subtratado.

Estudos transversais⁽⁴⁻⁵⁾, realizados no Brasil com amostras populacionais, conduzidos por meio de entrevista domiciliar e caracterização temporal da dor crônica como aquela existente há seis meses ou mais, mostraram prevalência de dor crônica semelhante

(51,7%) à do presente estudo entre os 451 idosos de Londrina, PR, e inferior (29,7%) entre 1.271 idosos da cidade de São Paulo, SP. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de realização de novas pesquisas com amostras representativas da população idosa, em outras regiões do Brasil, com vistas à identificação da extensão da prevalência de dor crônica nesse grupo etário e de fatores regionais que podem proteger ou expor os idosos a uma experiência dolorosa persistente.

A maior representatividade pelas mulheres corrobora os achados de pesquisas conduzidas com a população idosa^(4,15-16), apontando a feminização da velhice.

A intensidade da dor crônica foi elevada (*dor forte e pior possível* para 54,6% dos idosos), como também mostraram outros estudos^(4,15-16), cujas proporções de dor intensa alcançam mais de 50,0%. Na Espanha⁽¹⁷⁾, a prevalência de intensidade de moderada a forte foi de 86,4%. No Brasil⁽⁴⁾, chegou a 45,8% de dor moderada e 46,0% de dor forte e muito forte e entre esses metade referiu dor diária.

Embora a maioria dos instrumentos de medida utilizados nos diferentes estudos esteja em nível ordinal de mensuração, as categorias frequentemente apresentadas durante os julgamentos variam, dificultando comparações. A literatura aponta falta de padronização no uso de escalas para medida da intensidade de dor e, mesmo quando são semelhantes, como no caso da escala numérica (0-10), muitas vezes o *ranking* dos escores que caracterizam a intensidade como "leve", "moderada", "forte" e "pior dor possível" não é o mesmo. Tal fato adiciona limitação às medidas subjetivas de dor em assegurar que dor leve, moderada e grave sejam categorias semelhantes para os diferentes grupos populacionais⁽¹⁶⁾.

Intensidade moderada, forte e muito forte de dor foi mencionada por grande parte dos idosos que relataram dor^(4,15), sinalizando a importância da mensuração no processo de avaliação global do idoso. Dores intensas tendem a ser mais incapacitantes, prejudicam a qualidade de vida, reduzem o convívio social e aumentam os prejuízos nos relacionamentos e nas atividades de lazer.

A exemplo do encontrado no presente estudo, há relatos de convívio diário com dor crônica, inclusive entre aqueles com dores em membros inferiores e nas costas, locais diretamente relacionados a atividades de deslocamento^(4-6,9,18). Doenças crônicas geram dor que pode ser referida em locais que interferem na autonomia e independência, impondo limitação funcional. Estudo transversal com população de idosos⁽⁸⁾ revela que alguns locais de dor declinam com o avanço da idade (cabeça) e outros se tornam mais frequentes (pés, quadris e joelho). Em revisão da literatura⁽¹⁹⁾, encontrou-se presença de lombalgia com o avanço da idade, especialmente nas mulheres. Em Minas Gerais⁽²⁰⁾, os autores encontraram grande incidência de dor nas articulações de suporte, sugestivas de afecções reumáticas do tipo osteodegenerativas, consideradas como as principais causas de dor na população avaliada. Salienta-se que, com o surgimento das falências orgânicas na terceira idade, mais especificamente no sistema osteomuscular, o processo de envelhecimento contribui para o surgimento de doenças crônico-degenerativas e, nesse caso, os membros inferiores agregam grande porcentual dessas condições clínicas descritas⁽⁸⁾.

A dor pode ser considerada uma das situações mais incômodas e desesperadoras que acometem o ser humano e se constitui em problema importante na vida dos idosos⁽²¹⁾. Em Toronto, Canadá, dor por um período prolongado e de intensidade elevada esteve associada com pior autopercepção de saúde⁽¹¹⁾, como também observado no presente estudo. Semelhantemente, em São Paulo, Brasil⁽²²⁾, a dor esteve associada significativamente com

pior autopercepção de saúde. Na Finlândia⁽²³⁾, pesquisa mostrou forte associação entre autopercepção de saúde e dor crônica, independentemente de doenças crônicas, do gênero ou da idade.

Houve associação significativa entre autopercepção de saúde e dor crônica entre as mulheres deste estudo, mas não entre os homens. Pesquisa indica que os homens avaliam pior sua saúde quando estão em maior risco de serem acometidos por um evento fatal⁽²⁴⁾. Supõe-se que, em virtude de a expectativa de vida das mulheres ser maior que a dos homens, aumentam suas chances de desenvolver doenças crônicas e degenerativas e dor e as mulheres acabam avaliando mais negativamente sua saúde, por associá-la a perdas na qualidade de vida.

No Canadá, a dor prolongada e de intensidade elevada foi associada com pior autopercepção de saúde⁽¹¹⁾, assim como no presente estudo. Na Finlândia⁽²³⁾, a prevalência de saúde regular foi de 38,1% entre idosos que relataram dor uma vez por semana (para 46,0% a dor era diária ou contínua), e de saúde ruim foi de 5,1% entre aqueles que referiram dor uma vez por semana (para 31,7% desses a dor era diária ou contínua). As proporções aumentaram com a maior frequência de relatos de dor mais intensa.

Alcançar o controle da dor é um direito da população em geral e também da pessoa idosa^(4,11,21). As constantes queixas algícas, associadas a pior autopercepção de saúde, alertam para a necessidade de pesquisas longitudinais que investiguem a influência da dor persistente na mortalidade e morbidade dos idosos. Nesse sentido, é fundamental que a dor crônica seja avaliada e mensurada rotineiramente nos serviços de saúde e que toda a equipe esteja capacitada para intervir ou encaminhar para tratamento especializado⁽²⁵⁾.

Para isso, profissionais de saúde devem receber preparo adequado, desde o ensino de graduação, para realizar avaliação da ocorrência da dor, na população em geral, ao longo do ciclo vital, e, dentro de suas competências, devem ser preparados para intervir, utilizando a diversidade de abordagens disponíveis para atuar de modo interdisciplinar.

O estudo teve como limitação o fator de estar inserido em uma pesquisa maior, na qual foram investigados vários desfechos e não especificamente dor crônica, o que não permitiu aprofundamento desse eixo na investigação de origem. No entanto, os dados obtidos na amostra representativa da população idosa da metrópole brasileira investigada representam importante contribuição, representando a situação da população idosa da comunidade ante a experiência dolorosa persistente.

Uma limitação do estudo é que foram avaliados apenas idosos com escore no minimental >13, e que

estavam em condições de ouvir e falar, o que deixa à margem indivíduos com demência grave, surdez severa de déficit de linguagem, limitando a generalização dos resultados a esse grupo da população.

Conclusão

A maioria (52,7%) dos idosos da comunidade sofre dor crônica, de elevada intensidade (54,6%), em regiões (membros inferiores, região lombar, cabeça/face/pescoço, ombros/membros superiores) que podem comprometer as atividades de deslocamento, e demais atividades funcionais de vida diária, impondo incapacidade e perda na qualidade de vida.

Isso implica uma revisão de paradigmas de abordagem de doenças crônicas não transmissíveis, além do controle da doença ou de seu tratamento propriamente dito, com manejo da dor pela equipe multiprofissional. Ainda, deve-se avaliar o impacto da dor na adesão ao tratamento, uma vez que a ocorrência dolorosa pode interferir na realização de atividades físicas e exercícios, geralmente recomendados para controle de doenças como diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidemia, entre outras.

A associação entre ocorrência de dor crônica e percepção de saúde ruim ou muito ruim entre os idosos, aliada à associação entre escores de intensidade menor de dor com a melhor percepção de saúde, apontam a importância de se incluir, na avaliação global do idoso, a mensuração da experiência dolorosa, buscando adequada manutenção, substituição ou complementação da terapêutica analgésica e maior impacto na redução da morbimortalidade nessa população.

Referências

1. Silva EF, Paniz VMV, Laste V, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ci Saúde Coletiva*. 2013;18(4): 1029-40.
2. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: a decade of change? *Med Care*. 2012; 50(6):501-7.
3. Santos AMB, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Marques AP, Pereira RM. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas*. 2010;67:251-5.
4. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):325-34.
5. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:1151-60.
6. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 2(3):345-59.
7. Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*. 2007;11(1):83-92.
8. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*. 2004;110(1-2):361-8.
9. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Méd Bras*. 2008;54:36-41.
10. Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*. 2002;95:75-82.
11. Perruccio AV, Badley EM, Hogg-Johnson S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Soc Sci Med*. 2010; 71:1636-43.
12. Perruccio AV, Power JD, Badley EM. Arthritis onset and worsening self-rated health: a longitudinal evaluation of the role of pain and activity limitations. *Arthritis Rheum*. 2005;53(4):571-7.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12(3):189-98.
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of sexuality e sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil*. 1998;20(9):317-29.
15. Díaz RC, Marulanda FM, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crônica en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Méd Colomb*. 2009;34(3):96-102.
16. Watkins EA, Phil D, Wollan PC, Melton LJ, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted County Health Study. *Pain Med*. 2008;9(2):166-74.
17. Vallano A, Malouf J, Payrullet P, Baños JE. Prevalence of pain in adults admitted to Catalonian hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2006;10(8):721-31.
18. Yu H, Tang F, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Manage Nurs*. 2006;7(1):2-11.

19. Maraschin R, Vieira PS, Leguisamo CP, Dal'Vesco F, Santi JP. Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosos: etiologia em revisão. *Fisioter Mov.* 2010;23(4):627-39.
20. Oliveira CM, Carvalho DV, Matos SS, Soares SM, Malheiros JA, Arantes AA Junior. Dor em idosos hospitalizados com comprometimento osteomuscular. *Rev Méd Minas Gerais.* 2013;23(1):33-8.
21. Souza LAF, Pessoa APC, Barbosa MA, Pereira LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):187-95.
22. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med.* 2007;86(1):28-38.
23. Mantyselka PT, Turumen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA.* 2003;290(18):2435-42.
24. Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist.* 2003;43(3):372-5.
25. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Pain measurement in the elderly: a review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(2):271-6.