

Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados

Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community

Mara Solange Gomes Dellarozza ¹
Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta ²
Tiemi Matsuo ³

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to determine the prevalence of chronic pain in elderly municipal employees (n = 451) in Londrina, Paraná State, Brazil, and to characterize the pain in relation to: location, intensity, duration of episode, periodicity, and most frequent time of day. Data were collected using home interviews. Chronic pain was defined as lasting \geq six months and the elderly were defined as \geq 60 years of age. Overall prevalence of chronic pain was 51.44%, involving mostly the back (21.73%) and lower limbs (21.5%). Back pain was described as daily (31.63%), continuous, or lasting 1-6 hours (19.39%), mild (50%), and without a specific time of day (56.12%). Pain in the lower limbs was described as daily (42.27%), of variable duration (32.99%) or continuous (22.68%), mild (53.61%), and without a specific time of day (48.45%). The study showed a high prevalence of chronic pain in the elderly, with characteristics that can interfere in their quality of life, causing unnecessary suffering.

Pain; Aging Health; Cross-Sectional Studies

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

² Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Centro de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

Correspondência

M. S. G. Dellarozza
Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.
Rua Borba Gato 1078, apto. 904, Londrina, PR 86010-630, Brasil.
maradellarozza@dilk.com.br

Introdução

Muito se tem estudado sobre o envelhecimento populacional como um fenômeno mundial. Visando a assegurar boa qualidade de vida à população idosa, é essencial avaliar os fatores de morbidade a que esta população está exposta.

O crescimento da população mundial tende a confirmar as projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) que prevê para o ano 2025, 30 milhões de idosos, o que corresponderá a 10% da população brasileira ^{1,2}. Essas cifras levarão o país a ocupar a sexta posição entre os países com maior número de idosos do mundo (OMS, 1982, *apud* Silvestre ²).

Em Londrina, cidade do interior do Estado do Paraná, Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional já é percebido quando comparamos dados dos censos de 1991 e 2000. No primeiro (1991) o índice de envelhecimento da população de Londrina era de 15% passando a 24% em 2000 ³.

Essa mudança na pirâmide populacional traz conseqüências na estrutura onde os idosos estão inseridos: família, mercado de trabalho, política econômica, organização e metas dos serviços de saúde e sociais ^{1,4,5}.

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, re-

sultam em elevada dependência^{5,6,7,8}. Muitos desses quadros são acompanhados por dor e, em significativa parcela deles, a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida dos idosos.

Entre as conseqüências que a transição demográfica e a longevidade têm trazido à sociedade, a dor é das mais significativas. A dor é compreendida como um fenômeno multifatorial, e a lesão tecidual, aspectos emocionais, sócio-culturais e ambientais são fatores que compõem o fenômeno^{9,10,11}.

A dor crônica, como uma doença e não um sintoma pode ter conseqüências na qualidade de vida. Fatores como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a quadros de dor crônica. A dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo. Acarreta, ainda, fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas, dificuldade de concentração, entre outros¹². A impossibilidade de controlá-la traz sempre sofrimento físico e psíquico¹³. Todos esses fatores associados parecem aumentar a morbidade entre os idosos e onerar o sistema de saúde.

As conseqüências biopsicossociais da dor crônica enfatizam a importância do dimensionamento da sua prevalência visando ao planejamento de medidas para seu controle e tratamento.

Apesar da magnitude da dor, apontada em estudos internacionais, no Brasil não se encontram estudos sobre prevalência de dor crônica em idosos da comunidade. Esse fato dificulta a sensibilização de profissionais da área de saúde para o problema da dor dos idosos, a criação de serviços, o planejamento de programas e a alocação de recursos humanos e materiais visando ao controle da dor crônica nessa população. Diante disso, é emergente a necessidade de estudos epidemiológicos sobre a prevalência de dor crônica entre idosos. Assim, os objetivos do presente estudo foram: determinar a prevalência da dor crônica em idosos servidores municipais de Londrina e caracterizar a dor crônica em idosos quanto ao local, intensidade, duração, frequência e horário preferencial do episódio.

Método

Este estudo, do tipo transversal de base populacional, foi autorizado pelo Comitê de Ética da

Universidade Estadual de Londrina e pelos órgãos competentes da Prefeitura Municipal de Londrina.

Assumiremos neste estudo o conceito de dor da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) de 1986 (*apud* Merskey¹⁴, p. 210), que refere-se à dor como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende e utiliza este termo a partir de suas experiências anteriores*”.

Dor crônica é definida como “*aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão*”¹⁴ (p. xi). É também descrita como aquela associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente em intervalos de meses ou anos. Neste estudo foi considerada dor crônica aquela com duração igual ou superior a seis meses, de caráter contínuo ou recorrente, conforme preconizado pela IASP¹⁴.

Considerou-se idoso todo indivíduo com mais de sessenta anos, conforme preconizado pela OMS para países em desenvolvimento¹⁵.

As perguntas utilizadas para avaliar a ocorrência de dor crônica, segundo os critérios estabelecidos foram: “*Sentiu alguma dor nesta última semana incluindo hoje?*”, “*Tem alguma outra dor que não ocorreu na última semana?*”, “*Há quanto tempo sente estas dores?*”.

Foi realizado em julho de 1999 o teste piloto para adaptações no roteiro de entrevista e no sistema de tabulação dos dados.

A população constituiu-se de 529 idosos, ou seja, a totalidade dos servidores municipais de Londrina, com mais de sessenta anos. Foram entrevistados 451 idosos, o que representou perda de 14,47% da população (78 idosos); as causas das perdas foram incapacidades física ou cognitiva 11,5% das perdas (9 idosos), alcoolismo 1,3% (1 idoso), recusa 20,5% (16 idosos) e não localização do idoso após 6 tentativas 66,7% (52 idosos). A proporcionalidade das perdas quanto a sexo e idade não interferiu na representatividade da população pesquisada.

O método de coleta foi entrevista domiciliar. A coleta de dados ocorreu de outubro de 1999 a março de 2000, e foi realizada por dez entrevistadores de campo selecionados a partir de um treinamento de trinta horas com temas teóricos práticos sobre dor e técnica de entrevista a idosos.

O roteiro de entrevista constituiu-se de três partes. A primeira com o objetivo de realizar a caracterização sócio-econômica.

A segunda parte objetivou determinar a prevalência de dor crônica no último ano e sua caracterização quanto ao local, intensidade, tempo

de ocorrência, frequência e duração dos episódios. Para essa categorização utilizou-se a classificação de dor crônica da IASP¹⁴.

Para avaliação da intensidade, optou-se pela escala de copos proposta por Whaley & Wong¹⁶ e testada por Wong & Baker¹⁷, e avaliada como adequada no teste piloto e em estudo realizado com idosos brasileiros¹⁸. A referida escala compõe-se do desenho de seis copos onde o primeiro copo “vazio” representa sem dor e o sexto copo “cheio”, representa a pior dor imaginável. Nessa escala os copos “2” e “3” representaram dor leve, copos “4” e “5” dor moderada e o copo “6”, dor intensa.

A última parte do instrumento constituía-se no *Mini Exame do Estado Mental* proposto por Folstein et al.¹⁹. A opção por realizar a avaliação cognitiva deveu-se ao desejo de obter informações sobre um aspecto que, sabe-se, influi no relato da queixa de dor.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Excell e realizada análise estatística utilizando-se o programa SAS versão 6.12 (SAS Institute, Cary, Estados Unidos). Foram realizadas análises de frequência absoluta e relativa e medidas de posição: média e mediana e dispersão através do desvio padrão. Realizaram-se teste de χ^2 para avaliar a homogeneidade das frequências ou Fisher e Tukey para comparação múltipla entre as médias considerando-se em $\alpha = 0,05$, ou seja, consideram como significativos os testes cujo valor de p for menor do que 0,05.

Resultados

Na Tabela 1 apresentamos o perfil sócio-demográfico dos idosos pesquisados.

A distribuição entre as faixas etárias está de acordo com a realidade nacional, mas a distribuição quanto ao sexo não reflete a realidade do Brasil, visto que a mulher figura em maior número na faixa etária acima de sessenta anos. As diferenças encontradas quanto ao sexo, pela presente pesquisa, possivelmente devam-se ao fato de que a base populacional do estudo foi uma fonte empregatícia³, o que aumenta a probabilidade de maior presença de homens.

Referente à categorização social observa-se uma significativa representatividade de todas as categorias sócio-econômicas, conforme a classificação de classe sócio-econômica da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)²⁰. Todas as categorias apresentaram grande variabilidade de renda *per capita*.

Os escores obtidos no *Mini Exame de Estado Mental* demonstraram um nível cognitivo normal entre os idosos entrevistados. Os idosos en-

tre 60 e 75 anos apresentaram escore médio de 24,84, com mediana de 26 e desvio padrão de 3,95. Já os idosos acima de 75 anos apresentaram média de 22,32, mediana de 24,50 e desvio padrão de 6,37.

A Tabela 2 abaixo apresenta a prevalência de idosos com dor crônica, ou seja, dor com duração igual ou superior a seis meses.

Observa-se que 51,4% apresentaram queixa de dor crônica. Desses, 39,9% referiram uma dor crônica, 9,3% duas dores e 2,2% três dores crônicas.

Os 232 idosos com dor crônica referiram ao todo 294 locais de dor crônica, e os locais mais prevalentes foram: região dorsal (21,7%) e membros inferiores (21,5%).

Considerando-se que dores em membros inferiores e em região dorsal foram as mais frequentes, correspondendo a 43,2% das dores crônicas, optou-se por organizar os dados de acordo com as variáveis: dor em membros inferiores, dor em região dorsal e outras dores, que inclui todos os outros locais de dores referidas.

A dor em região dorsal teve frequência variável em 38,8% dos casos, seguida de episódios diários (31,6%). A duração dos episódios foi descrita como variável em 37,8% das dores, contínua em 19,4% dos casos e com duração entre 1 e 6 horas também em 19,4% das vezes. A intensidade da dor dorsal foi leve em metade dos casos e moderada em 42,7% das vezes. Não houve horário preferencial na maior parte das queixas (56,1%) e, em 20,4% dos casos, o período da manhã foi referido como o de maior ocorrência.

Conforme relatado, a dor em membros inferiores foi diária em 42,3% das vezes, a duração dos episódios foi variável em 33% dos casos e descrita como contínua em 22,7% dos relatos. A dor foi leve em 53,6% das queixas, moderada em 35% das vezes e, em 11,3% dos casos, foi descrita como intensa. Não houve horário de maior ocorrência em 48,45% das dores e, em cerca de 19% dos casos, os horários da tarde e da noite foram descritos como os de maior ocorrência.

Dor em outros locais teve frequência variável em 31,31%, seguida de episódios semanais (30,3%) e diários (24,2%). A duração dos episódios foi variável em 31,3%, e com duração de 1 a 6 horas em 21,2% e maior que 6 horas em 18,2%. A intensidade foi leve em metade dos casos, moderada em 38,4% dos casos, e em 10,1% foi descrita como intensa. Não houve horário preferencial em 52,5% das queixas e, em 20,2% dos casos o período da noite foi descrito como preferencial.

A intensidade foi leve em metade dos casos, moderada em 38,4% dos casos, e em 10,1% foi descrita como intensa. Não houve horário pre-

Tabela 1

Distribuição dos idosos quanto ao sexo, idade, estado conjugal, situação e categoria ocupacionais. Londrina, Paraná, Brasil, 2000.

Variáveis (n = 451)	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo		
Feminino	159	35,3
Masculino	292	64,7
Idade (anos)		
60-75	415	92,0
76-85	32	7,1
+ de 85	4	0,9
Estado conjugal		
Casado	301	66,7
Viúvo	102	22,6
Separado	36	8,0
Solteiro	12	2,7
Situação ocupacional		
Aposentado	318	70,5
Ativo	133	29,5
Categoria ocupacional *		
Operacional	225	49,9
Técnico	85	18,8
Administrativo	58	12,9
Superior	56	12,4
Não categorizável **	27	6,0
Categoria sócio-econômica (n = 449) ***		
Categoria A e B	101	22,5
Categoria C	175	39,0
Categoria D e E	173	38,5

* Classificação baseada na *Lei Municipal nº. 5.832/94*⁴⁰, que trata sobre o quadro de cargos de funcionários municipais de Londrina. Operacional: aquele que exerce funções como auxiliar de serviços gerais, carpinteiro, jardineiro, guarda, merendeira, motorista; técnico: funções como: auxiliar de enfermagem e odontologia, cinegrafista, professor de 1ª a 4ª, desenhistas, impressor, fotolítico; administrativo: aqueles que exercem função de: agente administrativo, agente de biblioteca, operador de computação, técnico de contabilidade, telefonista e; superior: funções cujos critérios de admissão exigem o curso superior;

** Não foi possível realizar a categorização da ocupação dentro do quadro de cargos vigentes;

*** Em dois idosos não foi possível obter todos os dados para a análise de categoria social.

Tabela 2

Distribuição dos idosos quanto ao tempo de dor. Londrina, Paraná, Brasil, 2000.

Idosos	Frequência		IC95%
	n	%	
Não referiram dor	175	38,8	34,3-43,5
Referiram somente dor com duração de até 6 meses	35	7,8	5,5-10,7
Referiram dor com duração igual ou maior do que 6 meses	232	51,4	46,7-56,1
Referiram dor sem determinar a duração	9	2,0	0,98-3,9
Total	451	100,0	

ferencial em 52,5% das queixas e, em 20,2% dos casos o período da noite foi descrito como preferencial.

Relativamente às dores crônicas, a frequência diária ocorreu em 32,6% e em 31,3% a frequência foi variável. A duração do episódio foi considerada variável em 34%, em 19,1% foi de 1 a 6 horas de duração e em 18,4% foi contínua. A dor foi leve em 50,7%, moderada em 38,4% e intensa em 9,5%. Em 52,4% dos casos a incidência da dor não esteve limitada a um horário específico, em 16,3% a incidência deu-se no período da noite e em 13,6% no período da manhã e no da tarde.

Aos idosos com dores múltiplas foi indagado qual dor mais o incomodava, e 21,7% deles responderam ser a dor em membros inferiores, e para 19,6%, a dor em região dorsal. A terceira dor que mais incomoda foi a dor abdominal, em 7,6% dos casos.

Discussão

Neste estudo foi observada dor crônica em 51,44% dos idosos. Helme & Gibson²¹ que estudaram mil idosos comunitários com dor há mais de três meses, observaram prevalência de 51% para jovens idosos (60 a 75 anos), 48% para idosos (75 a 85 anos) e de 55% para os “mais idosos” (acima de 85 anos). Brattberg et al.²² pesquisaram 537 idosos da comunidade com mais de 77 anos e encontraram 72,8% com alguma queixa dolorosa. Roy & Thomas²³, ao estudarem

205 idosos vinculados a uma associação social e recreativa, observaram que 69,75% tiveram alguma queixa de dor. A maior prevalência encontrada nos estudos de Brattberg et al.²² e Roy & Thomas²³ talvez seja justificada pela não explicitação dos critérios utilizados na definição da dor, o que sugere que nesta prevalência podem estar incluídas as dores agudas. Nota-se o quanto os critérios estabelecidos para definir dor crônica permitem grande variabilidade de achados e a inclusão de queixas, potencialmente, muito diversas. Há que se refinar esse conceito.

Estudos sobre dor em idosos institucionalizados relataram prevalência que variou de 71 a 83%^{12,23,24}. Essas variações devem-se aos diferentes critérios utilizados na definição de dor crônica e a não explicitação do tempo de ocorrência de dor. Prevalência mais elevada de dor em idosos institucionalizados pode ser devido a piores condições de saúde dos mesmos, quando comparados com idosos da comunidade^{25,26}.

O estudo de Birse & Lander²⁷ realizado com adultos canadenses (n = 410) com 12,5% da amostra de idosos, encontrou 58,3% de prevalência de dor no grupo de 65 a 74 anos e 53,3% para os idosos acima de 75 anos, valores que se aproximam do valor de 51,44% do presente estudo.

As prevalências de dor crônica encontradas na região dorsal, membros inferiores, cabeça e face, no abdômen e nos membros superiores (Tabela 3) coincidem com estudos que também encontraram dor em região dorsal e em membros inferiores como as mais prevalentes na população idosa²⁵.

Tabela 3

Prevalência e intervalo de confiança de 95% (IC95%) das dores quanto ao local. Londrina, Paraná, Brasil, 2000.

Local de dor	Dor com duração até 6 meses			Dor crônica (com duração maior do que 6 meses)			Total		
	n	% *	IC95%	n	% *	IC95%	n	% *	IC95%
Região dorsal	15	3,3	1,9-5,5	98	21,7	18,1-25,9	113	25,1	21,2-29,4
Região de membros inferiores	21	4,6	3,0-7,1	97	21,5	17,9-25,6	118	26,2	22,2-30,5
Região cefálica	6	1,3	0,5-3,0	32	7,1	5,0-10,0	38	8,4	6,1-11,5
Região abdominal	6	1,3	0,5-3,0	20	4,4	2,8-6,9	26	5,8	3,9-8,4
Região de membros superiores	8	1,8	0,8-3,6	20	4,4	2,8-6,9	28	6,2	4,2-9,0
Região torácica	3	0,7	0,2-2,1	9	2,0	1,0-3,9	12	2,7	1,4-4,7
Dor generalizada **	1	0,2	0,0-1,1	7	1,5	0,7-3,3	8	1,8	0,8-3,6
Região cervical	2	0,4	0,1-1,8	6	1,3	0,5-3,0	8	1,8	0,8-3,6
Região pélvica	1	0,2	0,0-1,2	3	0,7	0,2-2,1	4	0,9	0,3-2,4
Região perineal e genital				2	0,4	0,1-1,8	2	0,4	0,1-1,8

* O total não atinge 100% por haver idosos com dores múltiplas e nove idosos com dores que não foi possível categorizar entre aguda ou crônica;

** Na categoria dor generalizada, foram incluídas dores descritas como generalizadas e dores articulares envolvendo diferentes segmentos corporais.

Em vários estudos observou-se que com o aumento da idade a prevalência de dor em região dorsal tende a diminuir, quando comparada com outras faixas etárias^{28,29}. Entretanto, von Korff et al.⁹, não encontraram relação entre idade e dor no dorso.

Em estudos realizados com adultos, em que se incluíram idosos, a prevalência de dor lombar variou de 14 a 49%^{5,9,29,30}. Andersson et al.²⁹ utilizaram como critério de dor crônica aquela com duração superior a três meses e encontraram prevalência de 23,8%, semelhante à encontrada no presente estudo (21,73%).

Na presente pesquisa a prevalência de dor crônica em membros inferiores foi de 21,5%. A maioria dos estudos demonstrou que a frequência de dor nas pernas e nos pés aumenta com a idade^{25,29,31,32,33,34}.

Herr et al.³¹ observaram em 3.094 idosos, 64% de prevalência de dor em membros inferiores, no último ano. Os autores, porém, não apresentaram critérios quanto ao tempo de dor, o que faz supor que nessa prevalência tenham-se incluído dores agudas. Outros estudos referem-se a partes dos membros inferiores como o joelho, cuja prevalência variou entre 12,7 e 48%^{28,29,33}, nos pés cuja prevalência ficou entre 9,6 e 31%^{28,29,33,34,35} e nos quadris, em torno de 10%^{28,29}. As variações de prevalência constatadas nos estudos devem-se aos diferentes delineamentos de pesquisa.

Em estudo de dores em geral entre idosos institucionalizados foi possível discriminar as prevalências relacionadas a membros inferiores. Câibras em membros inferiores e dores nos joelhos ocorreram em 6,52% dos avaliados, 4,34% tiveram dor no quadril por artrite e dor nos pés e 5,43% por claudicação¹². Não há nesse estudo especificação do tempo de duração da dor, assim a prevalência encontrada pode ter incluído dores agudas.

A terceira dor crônica mais prevalente no presente estudo foi dor na cabeça e face, que acometeu 7,09% dos idosos.

Em estudos específicos de cefaléia em população de comunidade, a prevalência varia conforme a classificação utilizada e conforme o sexo, ficando esta entre 36 e 53%^{36,37}. A diferença entre os valores descritos e os observados na presente pesquisa pode ser explicada pela maior sensibilidade dos estudos específicos. Em estudos sobre dores em geral em idosos institucionalizados, a prevalência de cefaléia variou entre 7 e 23,2%^{12,24}. Os estudos citados não especificam critérios para a classificação da dor, o que torna difícil a comparação.

Poucos estudos caracterizaram a dor quanto à frequência dos episódios. Um estudo com 100

idosos institucionalizados encontrou 66% deles com dores intermitentes, sendo que 51% destas dores ocorriam diariamente e 35% semanalmente¹². Cabe salientar que a maior frequência de episódios de dor com frequência "variável" era esperada na presente pesquisa, devido à diversidade das dores estudadas, e que a porcentagem de dores com frequência diária foi bastante significativa, podendo resultar em forte impacto na qualidade de vida do idoso.

A tentativa de analisar a duração e a frequência da recorrência deveu-se à compreensão de que tais aspectos estariam ligados ao desconforto e comprometimento da qualidade de vida. Esses dados são apresentados na Tabela 4. Esses aspectos são pouco explorados nos estudos epidemiológicos. Em estudo de dores em geral, encontrou-se 34% dos idosos com dores contínuas e 66% com dores recorrentes. Dessas, 51% recorriam diariamente¹².

Um aspecto que pode interferir na qualidade de vida das pessoas com dor crônica é a intensidade da dor. No presente estudo, 42,71% daqueles com dor na região dorsal, 35,05% dos que informaram dor em membros inferiores e 38,43% das queixas de dor em geral, consideraram a dor como moderada. A dor foi descrita em aproximadamente 10% das vezes como intensa em membros inferiores e em outros locais, e em cerca de 7% dos casos de dor dorsal. Considerando que a população da presente pesquisa não foi selecionada a partir de um serviço de saúde ou de idosos institucionalizados, situações nas quais poderíamos esperar maior "gravidade" de queixas de dor, acredita-se que o quadro de dor descrito é significativo e apresenta características que podem comprometer a funcionalidade dos indivíduos.

Na maioria dos estudos a intensidade do fenômeno algico é amplamente estudada e relacionada ao grau de incapacidade. Dois estudos sobre dores em geral, realizados com idosos institucionalizados, encontraram entre 18 e 52% dos idosos com dor intensa^{12,24}. Tais estudos utilizaram para avaliar a magnitude da dor instrumentos diferentes dos utilizados na presente pesquisa, e estudaram idosos de hospital-dia (18% de dor intensa)²⁴ e de uma instituição de internação permanente e com diferentes graus de dependência (52% de dor intensa)¹².

As características de frequência, duração do episódio e intensidade da dor (Tabela 4), associadas aos aspectos psicossociais, repercutem na funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida do idoso. Tais aspectos justificam que o controle da dor em idosos é uma questão de saúde pública e de respeito humano.

Tabela 4

Caracterização da dor crônica em região dorsal, membros inferiores e outros locais, quanto à frequência, duração dos episódios, intensidade e horário preferencial. Londrina, Paraná, Brasil, 2000.

Caracterização da dor	Locais de dor							
	Região dorsal (n = 98)		Membros inferiores (n = 97)		Outros locais (n = 99)		Total (n = 294)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência dos episódios								
Diariamente	31	31,6	41	42,3	24	24,2	96	23,6
Menos que 1 vez por semana	7	7,1	6	6,2	6	6,1	19	6,5
Semanalmente	10	10,2	19	19,6	30	30,3	59	20,1
Mensalmente	11	11,2	5	5,1	6	6,1	22	7,5
Variável	38	38,8	23	23,7	31	31,3	92	31,3
Sem dados	1	1,0	3	3,1	2	2,0	6	2,0
Duração dos episódios								
Menos de 1 hora	8	8,2	11	11,3	14	14,1	33	11,2
Entre 1 e 6 horas	19	19,4	16	16,5	21	21,2	56	19,0
Mais que 6 horas	15	15,3	14	14,4	18	18,2	47	16,0
Contínua	19	19,4	22	22,7	13	13,1	54	18,4
Variável	37	37,8	32	33,0	31	31,3	100	34,0
Sem dados	1	1,0	2	2,1	2	2,0	5	1,7
Intensidade								
Leve	48	50,0	52	53,6	49	49,5	149	50,7
Moderada	41	42,7	34	35,1	38	38,4	113	38,4
Intensa	7	7,2	11	11,3	10	10,1	28	9,5
Sem dados					4	4,0	4	1,4
Horário preferencial								
Manhã	20	20,4	9	9,3	11	11,1	40	13,6
Tarde	9	9,2	18	18,6	13	13,1	40	13,6
Noite	9	9,2	19	19,6	20	20,2	48	16,3
Não há	55	56,1	47	48,4	52	52,5	145	52,4
Sem dados	5	5,1	4	4,1	3	3,0	12	4,1

A escassez de estudos que abordam esse aspecto inviabiliza comparações. Cabe destacar a porcentagem de idosos com dores noturnas, fato que certamente interfere na qualidade do sono, já normalmente alterado entre idosos, e que tem conseqüências sobre a disposição física e mental para as atividades diárias. Cabe ressaltar que o presente estudo não teve como objetivo determinar a etiologia da dor. Encontrou-se na literatura estudo em que 77% dos idosos relataram dor em membros inferiores relacionada a câibras noturnas³¹.

Das variáveis sócio-demográficas analisadas (Tabela 5), somente o sexo associou-se à presença de dor. Não se observaram associações entre dor e faixa etária, categoria profissional, situação ocupacional, escolaridade, estado conjugal, classe social e renda familiar e renda *per capita*. A dor foi mais freqüente em mulheres. O

número de idosos pesquisados pode ter interferido na análise das variáveis, já que para o estudo de algumas variáveis o tamanho da amostra foi insuficiente. A maioria dos estudos epidemiológicos encontrou maior prevalência de dor entre mulheres^{22,29,33,34,38,39}, o que concorda com o observado na presente pesquisa.

Conclusão

Trata-se do primeiro estudo brasileiro sobre a prevalência de dor crônica em idosos não vinculados a serviços de saúde. Os achados demonstraram que a dor foi freqüente e com características capazes de comprometer a qualidade de vida dos idosos. O presente estudo forneceu dados para o planejamento de medidas visando à prevenção e controle da dor crônica.

Tabela 5

Comparação dos idosos sem dor e com dor crônica quanto às variáveis sócio-demográficas: sexo, faixa etária, situação e categoria ocupacionais, escolaridade, estado conjugal e categoria sócio-econômica. Londrina, Paraná, Brasil, 2000.

Variáveis	Sem dor crônica		Com dor crônica		Valor de p	χ^2
	n	%	n	%		
Faixa etária (anos) (n = 442) *					0,123	2,377
60-75	189	42,76	218	49,32		
Acima de 76	21	4,75	14	3,17		
Sexo (n = 442) *					0,042	4,131
Feminino	63	14,25	91	20,59		
Masculino	147	33,26	141	31,90		
Categoria ocupacional (n = 442) *					0,061	9,009
Operacional	104	23,53	118	26,70		
Técnico	29	6,56	53	11,90		
Administrativo	34	7,69	24	5,43		
Superior	29	6,56	25	5,66		
Não classificável	14	3,17	12	2,71		
Situação ocupacional (n = 442) *					0,640	0,218
Aposentado (n = 385)	146	33,03	166	37,56		
Ativo (n = 63)	64	14,48	66	14,93		
Escolaridade (anos) (n = 438) *					0,864	1,29
0-1	53	12,10	57	13,01		
2-4	70	15,98	76	17,35		
5-8	25	5,71	29	6,62		
9-12	23	5,25	34	7,76		
> 12	35	7,99	36	8,22		
Estado conjugal (n = 442) *					0,999	≅ 0,01
Com companheiro	141	31,90	156	35,29		
Sem companheiro	69	15,61	76	17,19		
Categoria sócio-econômica (n = 440) *					0,272	2,602
Categoria A + B	48	10,91	49	11,14		
Categoria C	74	16,82	98	22,27		
Categoria D + E	88	20,00	83	18,40		

* As diferenças de "n" avaliado em cada variável devem-se à ausência de dados e o "n" máximo é 442 devido à exclusão dos nove idosos cuja dor não foi possível categorizar.

Resumo

Os objetivos deste estudo foram: determinar a prevalência da dor crônica em idosos servidores municipais e caracterizar esta dor quanto ao local, intensidade, duração, frequência do episódio e horário preferencial. Estudo transversal de base populacional realizado em área urbana de Londrina, Paraná, Brasil. A população pesquisada foi de 451 idosos servidores municipais. A coleta de dados foi realizada por entrevista domiciliar, aplicada ao idoso. Considerou-se dor crônica toda dor com duração igual ou superior a seis meses, e idoso, todo servidor com mais de sessenta anos. Constatou-se prevalência de dor crônica de 51,44%. Os locais de dores mais frequentes foram: região dorsal (21,73%) e membros inferiores (21,5%). A dor em região dorsal foi descrita como diária (31,63%), contínua ou com duração entre 1 e 6 horas (19,39%), leve (50%) e sem horário preferencial (56,12%). Dor em membros inferiores foi descrita como diária (42,27%), com duração variável (32,99%) ou contínua (22,68%), leve (53,61%) e sem horário preferencial (48,45%). Evidenciou-se alta prevalência de dor crônica em idosos. As características da dor observadas podem interferir na qualidade de vida dessa população, impondo sofrimento desnecessário.

Dor; Saúde do Idoso; Estudos Transversais

Colaboradores

M. S. G. Dellaroza e C. A. M. Pimenta elaboraram o artigo. T. Matsuo foi responsável pelas análises estatísticas.

Referências

1. Castro CRN, Rodrigues RAP. O idoso e a aposentadoria. Rev Esc Enfermagem USP 1992; 26:275-88.
2. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. Arq Geriatr Gerontol 1996; (1):81-9.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/> (acessado em 30/Set/2006).
4. Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 143-65.
5. Valkenburg HA. Epidemiologic considerations of the geriatric population. Gerontology 1988; 34 Suppl 1:2-10.
6. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública 1993; 27:87-94.
7. Chaimowicz E. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997; 31:184-200.
8. Teixeira MJ, Pimenta CAM. Introdução. In: Teixeira MJ, Córrea CF, Pimenta CAM, organizadores. Dor: conceitos gerais. São Paulo: Editora Limay; 1994. p. 3-6.
9. von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. Pain 1988; 12:173-83.
10. Jacob WF, Magold RM, Chiamolera M. Característica da dor no idoso. In: Jacob WF, organizador. Envelhecimento do sistema nervoso e a dor no idoso. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996. p. 103-10.
11. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Avaliação da dor. Revista de Medicina 1997; 76:27-35.
12. Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1990; 38:409-14.

13. Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* 1997; 55:370-80.
14. Merskey NB. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2nd Ed. Seattle: IASP Press; 1994.
15. Política Nacional do Idoso. Lei n. 8.842 de janeiro de 1994. www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8842.htm (acessado em 02/Set/2005).
16. Whaley L, Wong DL. Nursing care of infants and children. 3rd Ed. St. Louis: Mosby; 1987.
17. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988; 14:9-17.
18. Pimenta CAM, Cruz DAL. Instrumento para avaliação da dor, o que há de novo em nosso meio. In: Anais 3^o Simpósio Internacional de Dor. São Paulo: Sociedade Brasileira de Estudo da Dor; 1997. p. 40-6.
19. Folstein M, Folstein S, McHygh P. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
20. Portnoi AG. Dor, *stress e coping* grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1999.
21. Helme RD, Gibson SJ. Pain in the elderly. In: Jensen TS, Turner JA, editors. *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Seattle: IASP Press 1997. p. 919-44.
22. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996; 67:29-34.
23. Roy R, Thomas M. A survey of chronic pain in an elderly population. *Can Fam Physician* 1986; 32:513-6.
24. Parmelee PA, Smith B, Katz TR. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:517-22.
25. Helme RD, Gibson SJ, Croft PR, Linton SJ, Le Resche L, von Korff M. Pain in the older people. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Le Resche L, von Korff M, editors. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press; 1999. p. 103-12.
26. Gagliese L, Katz J, Melzack R. Pain in the elderly. In: Wall PD, Milzack R, editors. *Textbook of pain*. 4th Ed. Livingstone: Churchill; 1999. p. 991-1006.
27. Birse TM, Lander J. Prevalence de chronic pain. *Can J Public Health* 1998; 89:129-31.
28. Bergström BG, Bjelle A, Sundh V, Svanborg A. Joint disorders at ages 70, 75 and 79 year a cross-sectional comparison. *Br J Rheumatol* 1986; 25:333-41.
29. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993; 9:174-82.
30. Badley EM, Tennant A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Ann Rheum Dis* 1992; 51:366-71.
31. Herr KA, Mobily PR, Wallace RB, Chung Y. Leg pain in the rural Iowa: 65 + population. *Clin J Pain* 1991; 7:114-21.
32. Mobily PR, Herr KA, Clark MK, Wallace RB. An epidemiologic analysis of pain in the elderly: the Iowa 65 + rural health study. *J Aging Health* 1994; 6:139-54.
33. Woo L, Ho SC, Lau J, Leung PC. Musculoskeletal complaints and associated consequences in elderly chinese aged 70 years and over. *J Rheumatol* 1994; 21:1927-31.
34. Benvenuti F, Ferrucci L, Guralnik JM, Gangemi S, Baroni A. Foot pain and disability in older persons: an epidemiologic survey. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:479-84.
35. Leveille SG, Guralnik JM, Ferruci L, Hirsch R, Simonsick E, Hochberg MC. Foot pain and disability in older women. *Am J Epidemiol* 1998; 148:657-65.
36. Cook NR. Correlates of headache in a population based cohort of elderly. *Arch Neurol* 1989; 46:1338-43.
37. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, Liu CY, Lin KP, Chen HM, et al. Prevalence of headaches in a Chinese elderly population in Kinmen: age and gender effect and cross-cultural comparisons. *Neurology* 1997; 49:195-200.
38. Lasvky-Shulan M, Wallace RB, Kohout F, Lemke JH, Morris MC, Smith IM. Prevalence and functional correlates of low back pain in the elderly: the Iowa 65+ rural health study. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33:23-8.
39. von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 12:173-83.
40. Prefeitura do Município de Londrina. Lei Municipal nº. 5.832/94. *Jornal Oficial do Município de Londrina* 1997; 27 jul.

Recebido em 01/Fev/2006

Versão final reapresentada em 29/Set/2006

Aprovado em 06/Nov/2006