

Pain and sleeping problems in the elderly

Dor e dificuldade para dormir em idosos

Élen dos Santos Alves¹, Nathalia Alves de Oliveira¹, Mariéli Terassi¹, Bruna Moretti Luchesi², Sofia Cristina Iost Pavarini¹, Keika Inouye³

DOI 10.5935/2595-0118.20190039

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Brazil is going through changes in the sociodemographic profile leading to changes in epidemiological profile and population aging. Considering the increase of the elderly population with chronic noncommunicable disease, and the identification of chronic pain as a public health problem and its persistence associated with the worsening of the quality of sleep, the objective of this study was to identify the association between self-reported sleeping problems and the intensity of chronic pain.

METHODS: A quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted with 187 elderly people living in one of the Family Health Unit areas of the municipality and over 60 years old. A sociodemographic characterization instrument was used with one guiding question about sleeping problems (self-reported) and the Multidimensional Pain Evaluation Scale.

RESULTS: Pain was described as moderate and intense, with a higher prevalence in the lumbar, iliac and knee regions, being significantly more intense ($p=0.028$) in the group of elderly people who have sleeping problems.

CONCLUSION: The analyzes allowed to observe an association between sleeping problems and the intensity of chronic pain.

Keywords: Adaptation disorders, Elderly people, Pain, Sleep.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O Brasil apresenta mudanças no perfil sociodemográfico, acarretando mudanças no perfil epidemiológico e no envelhecimento populacional. Considerando o aumento da população idosa com doença crônica não transmissível, e identificada a dor crônica como um problema de saúde pública e sua persistência associada à piora da qualidade do sono, este estudo teve como objetivo identificar a associação entre dificuldade para dormir autorrelatada e a intensidade da dor crônica.

MÉTODOS: Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal, composto por 187 idosos com mais de 60 anos, residentes em uma das áreas de Unidade de Saúde da Família do município. Foi utilizado um instrumento de caracterização sociodemográfica com uma pergunta norteadora sobre dificuldade para dormir (autorrelatada) e a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor.

RESULTADOS: A dor foi descrita como moderada e intensa, com maior prevalência nas regiões lombar, ilíaca e joelhos, sendo significativamente mais intensa ($p=0,028$) no grupo de idosos que tem dificuldade para dormir.

CONCLUSÃO: As análises permitiram observar uma associação entre dificuldade para dormir e a intensidade da dor crônica.

Descritores: Dor, Idoso, Sono, Transtornos de adaptação.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil apresenta mudanças no perfil sociodemográfico em decorrência da diminuição das taxas de natalidade e do aumento da longevidade¹. Esse fenômeno que leva ao envelhecimento populacional alinha-se ao contexto mundial. Em 2012, havia 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que constituía 11,5% da população global. Estima-se que em 2050 haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos e a projeção é de que o número de idosos alcance 2 bilhões no mesmo ano, o que representará 22% da população mundial². Estas transformações demográficas acarretam importantes mudanças no perfil epidemiológico, constituindo relevantes alterações nos indicadores de morbimortalidade e saúde. O envelhecimento populacional vem acompanhado do aumento de agravos à saúde. No Brasil, o número de idosos que apresentam algum tipo de doença crônica não transmissível (DCNT) cresce exponencialmente e com maior probabilidade de redução da autonomia e independência dos indivíduos¹.

A velhice frequentemente associa-se à alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que podem comprometer a independência³. Muitos quadros são acompanhados por dor, e a dor crônica (DC)

Élen dos Santos Alves - <https://orcid.org/0000-0001-9696-2703>;
Nathalia Alves de Oliveira - <http://orcid.org/0000-0003-1665-8109>;
Mariéli Terassi - <https://orcid.org/0000-0002-8933-3519>;
Bruna Moretti Luchesi - <https://orcid.org/0000-0002-0508-0818>;
Sofia Cristina Iost Pavarini - <https://orcid.org/0000-0001-9359-8600>;
Keika Inouye - <http://orcid.org/0000-0003-3570-0704>.

1. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.
2. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Três Lagoas, Graduação em Medicina, Três Lagoas, MS, Brasil.
3. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, São Carlos, SP, Brasil

Apresentado em 21 de maio de 2019.

Aceito para publicação em 16 de julho de 2019.

Conflito de interesses: não há - Fontes de fomento: CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Endereço para correspondência:

Rodovia Washington Luís s/n, km 235 - Caixa Postal 676
13565-905 São Carlos, SP, Brasil.
E-mail: elendutra23@gmail.com

é o tipo mais frequente de queixa do indivíduo⁴. A DC vem sendo associada a processos patológicos e é uma frequente causa de limitações funcionais⁵.

De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), a dor é um sinal de alerta e proteção para o corpo. No entanto, a DC perde sua função de alerta e sobrevivência, e ganha outros aspectos de cunho emocional, físico e social, sendo uma resposta anormal e não protetora, podendo também ser definida como uma experiência sensorial e emocional – desagradável e desproporcional, ocasionando desconforto físico e psíquico ao sujeito⁶. Entende-se que a dor é crônica se permanecer por um período maior que seis meses e é considerada uma doença e não um sintoma.

Identificada como um problema crítico de saúde pública, a dor é responsável por elevados custos com a saúde, redução da produtividade e da qualidade de vida (QV)⁷. A persistência da dor está fortemente associada à exacerbação de sintomas e piora da qualidade do sono. Estudos evidenciam associação entre qualidade do sono e dor⁸.

O sono é uma função essencial à vida. Atua como reparador das funções vitais e reguladoras, sendo fundamental para uma boa saúde mental. É constituído por duas fases, denominadas de sono *Non-Rapid Eye Movement* (não-REM ou NREM) e sono *Rapid Eye Movement* (REM). O sono NREM, é caracterizado pela ausência de movimentos oculares rápidos, divide-se em quatro estágios – I, II, III e IV, iniciando com o sono superficial, seguido das três fases com crescente profundidade. Em seguida há retorno a fase superficial até atingir o sono mais profundo, chamado de REM. A primeira fase do sono, NREM, é caracterizada por relaxamento muscular, porém com manutenção de tônus, redução progressiva de movimentos corporais e respirações regulares. O sono REM é caracterizado pela presença de movimentos oculares rápidos, pode-se dizer que essa fase também é caracterizada por um cérebro ativo, em um corpo paralisado e respirações irregulares, sendo nessa fase a ocorrência de sonhos. As fases são distintas e se alternam em ciclos, variando de quatro a seis ciclos em uma noite^{9,10}.

O processo normal do envelhecimento leva a modificações na estrutura do sono em mais da metade da população idosa, provocando um impacto negativo na QV¹¹. Com o avançar da idade, os idosos tendem a dormir menos, com significativa redução da quantidade e qualidade do sono^{12,13}. Segundo Kreling¹⁴, indivíduos com dor aguda ou crônica podem apresentar alterações no padrão do sono, manifestações de irritabilidade e diminuição da capacidade de concentração.

Os distúrbios do sono ocorrem com maior frequência em idosos, afetando a qualidade do sono noturno e a necessidade de repouso durante o dia. A dor, independentemente de sua natureza, quando não tratada, pode resultar em prejuízos no padrão do sono. No entanto, sua avaliação no idoso pode ser difícil considerando que alterações fisiológicas, psicossociais e cognitivas podem estar presentes¹⁵. O tratamento deve ter como alvo primário as causas, priorizando a higiene do sono a fim de melhorar a QV do idoso, com ênfase na capacidade funcional, padrão do sono e até mesmo na socialização do indivíduo. No entanto, o tratamento farmacológico, tem sido uma prática muito comum que pode trazer alguns riscos como quedas, sedação diurna, declínio cognitivo e alteração da arquitetura do sono. Assim, há evidências de que o emprego da higiene do sono seja uma boa opção terapêutica com eficácia documentada na literatura^{6,16,17}. A presença de dor no idoso constitui um problema

de relevância no contexto social e de saúde atual, principalmente quando ela influencia os padrões do sono do idoso.

O objetivo deste estudo foi identificar a associação entre dificuldade para dormir autorrelatada e a intensidade da DC.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, de corte transversal. Os dados foram coletados em 16 Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de São Carlos (SP). O município de porte médio, tem uma população total de 221.950 habitantes e, destes, 28.868 são idosos – o equivalente a 13% da população total¹⁸. A cobertura das USF é de 39.768 habitantes nas zonas urbana e rural¹⁹. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter 60 anos de idade ou mais, estar cadastrado e residir na área de cobertura de uma das USF do município e apresentar DC auto percebida. A coleta de dados foi realizada por integrantes do Grupo de Pesquisa (GP) do qual os autores fazem parte. Foi realizado contato com as USF para a identificação dos domicílios com pelo menos dois idosos. De posse de uma lista com todos os nomes e endereços (n=594), todas as casas foram visitadas pelos integrantes do referido GP. Foram coletados dados de 351 idosos, pois alguns potenciais sujeitos se recusaram participar, não foram localizados, mudaram de endereço ou haviam falecido. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com base nos dados populacionais, na proporção de idosos e no número de indivíduos atendidos pelas USF do município, foi possível estimar o número de idosos atendidos nas USF do município de São Carlos (5172). Calculou-se que 300 idosos constituiriam uma amostra com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5,0%. Esse cálculo foi realizado por meio da plataforma *Survey Monkey*[®], disponível em <<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/#>>. Dados de 351 idosos foram analisados, destes 187 apresentavam DC. O tamanho da amostra corrobora dados da literatura, uma vez que 53% dos idosos apresentavam DC²⁰.

Os idosos foram divididos em dois grupos para comparação: Grupo A – (GA) com dificuldade para dormir (n=104) e Grupo B (GB) sem dificuldade para dormir (n=83) – a partir da questão norteadora: “O Sr.(a) tem dificuldade para dormir?” com as opções de resposta: “Sim” ou “Não”.

A coleta dos dados referente à variável dependente “dor” foi realizada por meio da Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMA-DOR). Esse instrumento foi validado para uso no Brasil em 2010 e é utilizado para a avaliação e mensuração nas dimensões sensitiva, afetiva e cognitiva da variável dor. Tem como objetivo avaliar a dor aguda e crônica mediante análise quantitativa e qualitativa. O instrumento contém questão para avaliação da intensidade, com escores que variam numa escala de zero a 10 pontos, sendo que quanto maior a nota referida pelo sujeito, maior é a intensidade da dor. Para a análise qualitativa, o participante escolhia entre 10 descritores o que melhor representava sua dor. A escala ainda contempla um diagrama corporal que permite ao indivíduo sinalizar os locais acometidos pela dor²¹.

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes éticas que regulamentam as pesquisas com seres humanos. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, parecer número 711.592 de 2014.

Análise estatística

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para a realização de: (a) análises descritivas para caracterizar o perfil sociodemográfico e a dor dos idosos; (b) testes de Qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney para comparar o perfil sociodemográfico e a dor dos participantes segundo a dificuldade para dormir. O valor de p para considerar diferença estatisticamente significativa foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 187 idosos que apresentavam DC e eram cadastrados nas áreas de abrangência da USF. Em relação às características sociodemográficas, a amostra tinha média de idade de $68,9 \pm 7,07$ anos, predominantemente do sexo feminino ($n=151$; 80,7%) e 88,8% ($n=166$) viviam com companheiro. Quanto à escolaridade, 109 (58,3%) cursaram o primário e 18,7% ($n=35$) nunca havia frequentado a escola. No que se refere à religiosidade, 114 (61%) afirmaram ser católicos. Quanto à etnia, a maioria dos idosos se declarou branco ($n=131$; 70,1%). Em relação à renda, 58,3% ($n=109$) responderam não ser suficiente.

As características sociodemográficas detalhadas dos idosos entrevistados e a análise comparativa entre os grupos divididos segundo a dificuldade para dormir estão apresentadas nas tabelas 1 e 2.

Ressalta-se que os grupos não se diferenciaram em relação às variáveis demográficas. Esse pareamento garante maior controle da análise comparativa da variável dependente dor, minimiza vieses e aumenta a confiabilidade dos resultados em relação ao objetivo geral da pesquisa.

Sobre a intensidade e descrição da dor houve grande variabilidade de respostas. As intensidades moderada e intensa foram as mais relatadas em ambos os grupos, com deslocamento de maiores intensidades para o grupo com dificuldade para dormir, ou seja, a proporção de pessoas com dor moderada era maior no grupo sem dificuldade para dormir. Por outro lado, a proporção de idosos com dor intensa era maior no grupo com dificuldade para dormir ($\chi^2=6,508$, $gl=1$, $p=0,011$) (Tabela 3).

Sobre os descritores da dor, os mais relatados foram persistentes ($n=138$; 73,8%), deprimente ($n=104$; 55,6%) e desconfortável ($n=173$; 92,5%). Todos com diferenças significativas entre os grupos ($p=0,036$; $p=0,003$; $p=0,034$, respectivamente) (Tabela 3).

Sobre a localização da dor, as regiões foram comuns em ambos os grupos, sendo a lombar, ilíaca e joelho direito os locais mais referi-

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis de caracterização quanto à dificuldade para dormir e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014

Variáveis	Sem dificuldade para dormir (GB)		Com dificuldade para dormir (GA)		Ambos os grupos		Análise comparativa		
	n	%	n	%	n	%	χ^2*	gl	Valor de p*
Sexo							2,254	1	0,133 ^{ns}
Feminino	63	75,9	16	15,4	151	80,7			
Masculino	20	24,1	88	84,6	36	19,3			
Situação conjugal							1,669	3	0,644 ^{ns}
Com companheiro	73	88	93	89,4	166	88,8			
Solteiro	5	6	4	3,8	9	4,8			
Separado	3	3,6	2	1,9	5	2,7			
Viúvo	2	2,4	5	4,8	7	3,7			
Escolaridade							6,601	6	0,359 ^{ns}
Nunca foi à escola	13	15,7	22	21,2	35	18,7			
Curso alfabetizante	2	2,4	5	4,8	7	3,7			
Primário	50	60,2	59	56,7	109	58,3			
Ginásio	10	12	5	4,8	15	8			
Científico/clássico	5	6	10	9,6	15	8			
Curso superior	3	3,6	2	1,9	5	2,7			
Pós-graduação	0	0	1	1	1	0,5			
Religião							11,187	6	0,083 ^{ns}
Católico (a)	54	65,1	60	57,7	114	61			
Evangélico (a)	21	25,3	30	28,8	51	27,3			
Congregação cristã	5	6	3	2,9	8	4,3			
Adventista	1	1,2	3	2,9	4	2,1			
Espírita	0	0	7	6,5	7	3,7			
Umbandista	0	0	1	1	1	0,5			
Não possui	2	2,4	0	0	2	1,1			

Continua...

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis de caracterização quanto à dificuldade para dormir e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014 – continuação

Variáveis	Sem dificuldade para dormir (GB)		Com dificuldade para dormir (GA)		Ambos os grupos		Análise comparativa		
	n	%	n	%	n	%	χ^2 *	gl	Valor de p*
Etnia							3,283	3	0,350 ^{ns}
Branca	58	69,9	73	70,2	131	70,1			
Preta	5	6	12	11,5	17	9,1			
Mulata	19	22,9	19	18,3	38	20,3			
Indígena	1	1,2	0	0	1	0,5			
Amarela	0	0	0	0	0	0			
Renda suficiente							1,359	2	0,507 ^{ns}
Não	47	56,6	62	59,6	109	58,3			
Sim	35	42,2	42	40,4	77	41,2			
NR	1	1,2	0	0	1	0,5			
Total	83	100	104	100	187	100			

*Qui-Quadrado; **Significativo; ^{ns}=Não significativo.**Tabela 2.** Análises descritivas e comparativas das variáveis de caracterização segundo à dificuldade para dormir. São Carlos, 2014

Variáveis	Sem dificuldade para dormir (GB)	Com dificuldade para dormir (GA)	Ambos os grupos	U*	Valor de p*
Idade (anos)				3678,00	0,082 ^{ns}
Média	68,13	69,60	68,95		
Mediana	67,00	68,00	67,00		
Desvio padrão	7,04	7,06	7,07		
Mínimo	60	60	60		
Máximo	95	91	95		
Escolaridade (anos)				3837,00	0,183 ^{ns}
Média	4,41	3,92	4,14		
Mediana	4,00	4,00	4,00		
Desvio padrão	3,68	3,58	3,62		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	17,00	15,00	17,00		
Renda do idoso (reais)				3762,00	0,235 ^{ns}
Média	815,29	710,33	756,53		
Mediana	724,00	724,00	724,00		
Desvio padrão	949,57	777,66	856,73		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	6.500	4.500	6.500		
Renda familiar (reais)				3641,00	0,384 ^{ns}
Média	2293,32	2265,20	2277,45		
Mediana	1980,00	1604,00	1848,00		
Desvio padrão	1249,66	1576,682	1439,55		
Mínimo	724,00	724,00	724,00		
Máximo	6.500	10000,00	10000,00		

*Mann-Whitney; **Significativo; ^{ns}=Não significativo.

Tabela 3. Análises descritivas e comparativas da dor e segundo à dificuldade para dormir. São Carlos, 2014

Variáveis	Sem dificuldade para dormir (GB)		Com dificuldade para dormir (GA)		Ambos os grupos		Análise comparativa		
	n	%	n	%	n	%	χ^2 ***	gl	Valor de p***
Classificação da dor							6,508	1	0,011**
Nenhuma (0)									
0	4	4,8	1	1,0	5	2,7			
Leve (1 a 3)									
1	4	4,8	0	0	4	2,1			
2	1	1,2	1	1,0	2	1,1			
3	3	3,6	6	5,8	9	4,8			
Moderada (4 a 6)									
4	7	8,4	4	3,8	11	5,9			
5	18	21,7	25	24,0	43	23,0			
6	12	14,5	7	6,7	19	10,2			
Intensa (7 a 9)									
7	6	7,2	13	12,5	19	10,2			
8	16	19,3	23	22,1	39	20,9			
9	5	6,0	9	8,7	14	7,5			
Insuportável (10)									
10	7	8,4	15	14,4	22	11,8			
Total	83	100	104	100	187	100			
Descritores da dor	n	%	n	%	n	%	χ^2 *	gl	Valor de p*
Deprimente							9,060	1	0,003**
Sim	36	43,4	68	65,4	104	55,6			
Não	47	56,6	36	34,6	83	44,4			
Persistente							4,378	1	0,036**
Sim	55	66,3	83	79,8	138	73,8			
Não	28	33,7	21	20,2	49	26,2			
Angustiante							0,959	1	0,328 ^{ns}
Sim	46	55,4	65	62,5	111	59,4			
Não	37	44,6	39	37,5	76	40,6			
Desastrosa							0,002	1	0,963 ^{ns}
Sim	29	34,9	36	34,6	65	34,8			
Não	54	65,1	68	65,4	122	65,2			
Prejudicial							0,309	1	0,578 ^{ns}
Sim	51	61,4	68	65,4	119	63,6			
Não	32	38,6	36	34,6	68	36,4			
Dolorosa							2,170	1	0,141 ^{ns}
Sim	69	83,1	94	90,4	163	87,2			
Não	14	16,9	10	9,6	24	12,8			
Insuportável							2,763	1	0,096 ^{ns}
Sim	41	49,4	64	61,5	105	56,1			
Não	42	50,6	40	38,5	82	43,9			
Assustadora							0,541	1	0,462 ^{ns}
Sim	23	27,7	34	32,7	57	30,5			
Não	60	72,3	70	67,3	130	69,5			
Cruel							1,517	1	0,218 ^{ns}
Sim	34	41	52	50	86	46			
Não	49	59	52	50	101	54			
Desconfortável							4,484	1	0,034**
Sim	73	88	100	96,2	173	92,5			
Não	10	12	4	3,8	14	7,5			
Total	83	100	104	100	187	100			

*Qui-quadrado; ***Linear-by-Linear Association; **Significativo; ^{ns}=Não significativo.

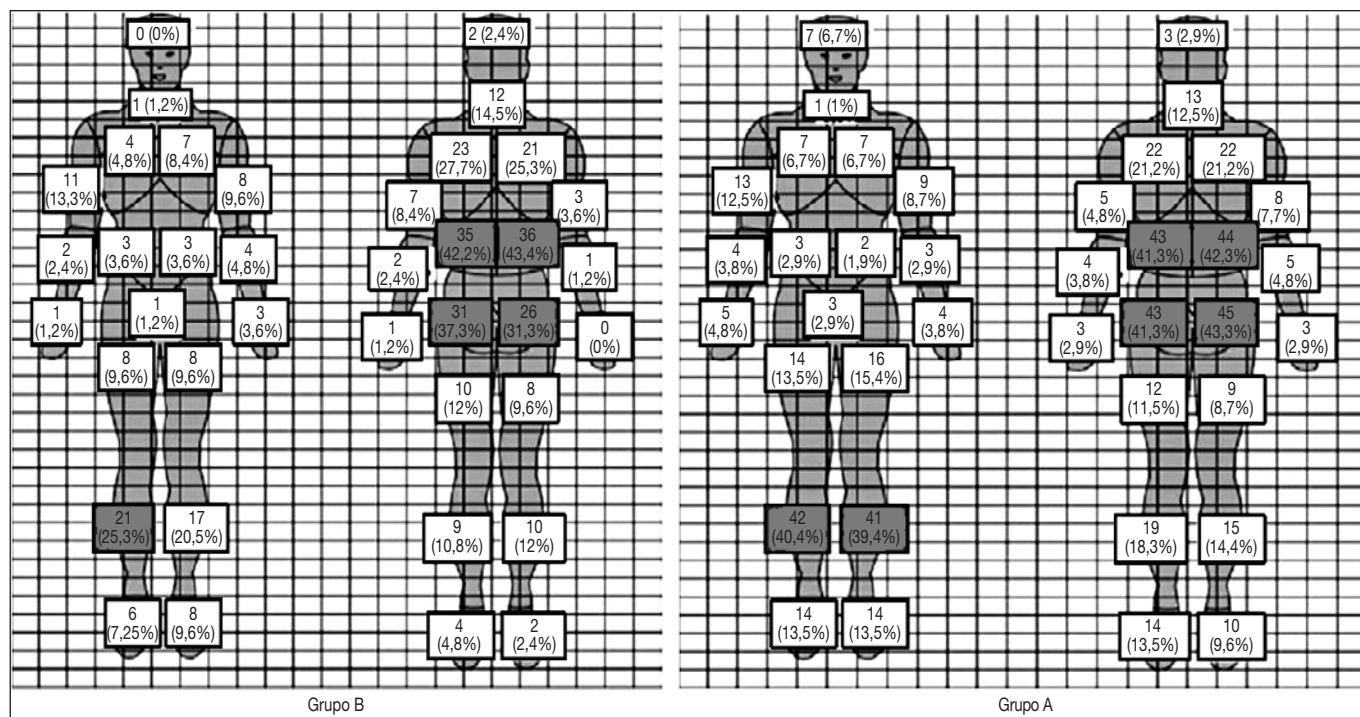


Figura 1. Localização da dor dos idosos

Tabela 4. Análises descritivas e comparativas de dor e a dificuldade para dormir. São Carlos, 2014

	Sem dificuldade para dormir (GB)	Com dificuldade para dormir (GA)	Ambos os grupos	U*	Valor de p
				3516,50	0,028**
Intensidade da dor	Média	5,90	6,82	6,41	
	Mediana	6,0	7,0	7,00	
	Desvio padrão	2,61	2,21	2,43	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	10	10	10	

*Mann-Whitney; **Significativo.

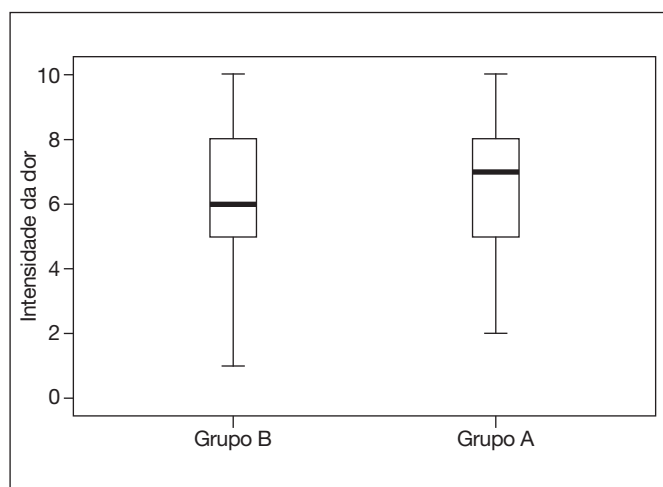


Figura 2. Comparativo da intensidade da dor entre grupos de idosos com e sem dificuldade para dormir

Grupo B = sem dificuldade para dormir; Grupo A = com dificuldade para dormir.

dos, variando apenas no grupo com dificuldade para dormir, em que o joelho esquerdo também foi apontado (Figura 1). No entanto, a dor apresentou-se significativamente mais intensa no grupo de idosos que tem dificuldade para dormir ($U=3516,50$, $p=0,028$), fato que confirma a hipótese da pesquisa e a associação entre as variáveis do estudo (Tabela 4 e Figura 2).

DISCUSSÃO

A amostra de idosos estudada tinha idade média de 68,9 anos, em sua maioria mulheres (80,7%) que viviam com companheiros (88,8%), retrata o perfil típico da literatura. Segundo Augusti, Falsarella e Coimbra²², as pesquisas nacionais e internacionais têm apresentado um perfil feminino na população com mais de 60 anos, fato atribuído à maior aceitabilidade das mulheres em relação a tratamentos de saúde no decorrer de suas vidas e às condições de autocuidado. Houve predomínio de idosos mais jovens nessa pesquisa, sendo uma condição que corrobora outros estudos^{23,24}.

Quanto à escolaridade, apenas 58,3% dos idosos tinham o primário completo e 18,7% dos entrevistados nunca havia frequentado a escola. Em nosso país, os estudos apontam que a baixa escolaridade dos idosos pode ser explicada pela cultura da época em que cresceram. No passado, o nível de instrução não era tão relevante quanto a necessidade de trabalhar a terra ou aprender afazeres domésticos, além de condições socioeconômicas que dificultavam a acesso à escola²³.

A religião católica foi predominante (61%). Isso era esperado, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, no censo realizado em 2010, a população brasileira é composta por 65% de católicos. Sobre a renda em que 58,3% dos idosos afirmaram não estarem satisfeitos, estudos realizados com idosos brasileiros apontam na mesma direção. Em geral, a renda é considerada baixa e muitos apontam como a principal fonte de manutenção da casa^{12,25,26}.

A DC pode estar associada a uma imagem negativa e a processos patológicos que podem ou não acompanhar o processo de envelhecimento. Seu prolongamento por meses ou anos pode provocar dependência. No entanto, a localização e a intensidade variam influenciando a capacidade funcional^{5,27}.

Um estudo sobre DC realizado no estado de São Paulo, com uma população idosa, apontou prevalência de 30% de dor lombar, com 54,5% de dor regional ou em um segmento do corpo e 14,1% de dor generalizada²⁸. Outro estudo realizado na Bahia, com 68 idosos institucionalizados, apontou a ocorrência de dor em 73,3% da amostra, sendo que 51,7% a descreveu como dor intensa, referindo como locais mais comuns os membros inferiores (47,7%) e a coluna (25%)⁴. Um estudo realizado com 1.271 idosos residentes em São Paulo descreveu que 58,45% dos idosos referiram a região lombar como a localização mais frequente de dor, dados que corroboram com os apresentados neste estudo²⁹. Celich e Galon³⁰ apontaram a coluna lombar (44,4%), seguida pela região das pernas (40,7%) e articulação do joelho (25,9%) como as regiões com maior prevalência de DC entre idosos. O mesmo estudo apontou menor incidência de dor nos dedos dos pés, articulação do tornozelo (7,4%), região cefálica, tórax e abdômen (3,7%), que se harmonizam com os dados encontrados neste estudo.

Uma investigação realizada em Campinas evidenciou uma associação positiva entre dores nas costas e dormir mal³¹. Em um município de porte pequeno na região norte do Paraná, em 2013, um estudo qualitativo realizado com idosos com DC observou a presença de sentimentos de esperança quanto à cura dessa dor, seguidos do sentimento de conformismo e impotência³².

A DC vem sendo considerada um fator impactante na vida do idoso, havendo uma provável relação entre a dor e dificuldade de adormecer. Ferretti et al.³³ com o objetivo de avaliar a qualidade do sono em 385 idosos, com e sem dores crônicas, identificaram que 58,18% dos idosos apresentavam DC, sendo que 57,59% obtiveram pontuação para qualidade do sono ruim. Além disso, dos idosos com a presença de DC, 48,66% referiram intensidade da dor moderada, contrapondo os idosos sem DC (56,52%) que apresentaram boa qualidade do sono.

Um estudo realizado em São Luís, MA, com 50 idosos, permitiu identificar a influência negativa da DC na QV dos idosos entrevistados, observando uma forte relação com fadiga, alterações do sono e dependência de tratamentos ou uso de fármacos³⁴.

Monteiro e Ceolim³⁵ descreveram a qualidade do sono no domicílio e na hospitalização de uma amostra de 160 idosos residentes em um município do interior de São Paulo. Durante a internação, os escores das escalas analógicas visuais de sono (EAV-Sono), a respeito de distúrbio (inferior a 300), suplementação (inferior a 100) e efetividade (superior a 300), apontam qualidade satisfatória do sono e sonolência diurna moderada. Porém, os autores alertam para o fato de os indivíduos hospitalizados terem rotina alterada e tomarem vários fármacos que podem afetar a variável. No domicílio, a mesma amostra apresentava sono de má qualidade (70%) segundo os escores do (PSQI – Índice de Qualidade de sono de Pittsburg). Acordar durante a noite (80,0%), levantar-se para urinar (77,5%) e as dores (33,1%) foram frequentemente indicados como causas de fragmentação do sono. Embora a fragmentação não seja positiva, ela foi auto percebida como normal entre os entrevistados, uma vez que 62,5% dos idosos afirmaram dormir “bem” em casa.

Um estudo descritivo, realizado em João Pessoa, PB, com o objetivo de avaliar as características do padrão de sono de idosos atendidos no ambulatório de geriatria em um hospital universitário (n=100), observou que 46% dos idosos apresentavam sono muito alterado segundo os escores do *Mini-Sleep Questionnaire*. Além disso, os idosos relataram “frequentemente”, “muito frequentemente” ou “sempre” acordar durante a noite (71%), ter sono agitado (33%), roncar (33%) e não voltar a dormir se acordar (33%). No entanto, 57% da amostra classificou seu padrão de sono como bom³⁶.

Chen et al.³⁷ avaliaram a relação entre intensidade e distribuição da dor e a dificuldade para dormir em idosos. Dos 765 participantes com 64 anos e mais, foi observado uma prevalência de problemas para dormir de acordo com o *Brief Pain Inventory* (BPI), variando respectivamente de 17,8% a 37,0% para os quartis de menor a maior intensidade da dor. Ajustadas as análises, a dor foi fortemente associada com problemas para dormir, concluindo que dor disseminada, moderada a intensa são fortemente associadas à dificuldade para dormir em idosos.

Dados longitudinais holandeses do *Doetinchem Cohort Study* obtidos por meio de quatro medidas de dor autorreferida realizadas a cada 5 anos com uma amostra de 3485 adultos com idade entre 25 e 71 anos até a idade de 40 a 86 anos concluíram que indivíduos com menor duração do sono, tabagismo, obesidade e má percepção de saúde mental estão mais propensos à dor³⁸. Em consonância, o Estudo PAINEL, derivado do Estudo da Rede FIBRA, realizado em Belo Horizonte com 378 participantes acima de 60 anos, dentre as conclusões, apontou que indivíduos com lombomialgia incapacitante eram mais propensos a menor duração do tempo de sono³⁹. De modo geral, a manifestação de resposta à dor dos indivíduos pode gerar alterações no padrão do sono e a outros processos fisiopatológicos, considerando uma associação entre a dor e o sono adequado^{14,27}.

Em relação às limitações do estudo, uma vez que esta investigação se baseou em autorrelato, seria interessante que estudos futuros utilizassem exames e testes multiparamétricos para a avaliação de distúrbios do sono.

Os resultados obtidos durante a pesquisa demonstraram associação entre dor e sono em idosos e corrobora a literatura científica, elucidando práticas e intervenções para o trabalho com idosos.

CONCLUSÃO

As análises comparativas do presente estudo permitem concluir que existe uma associação significativa entre dificuldade para dormir autorrelatada e a intensidade da DC.

REFERÊNCIAS

- IBGE. [internet]. Censo demográfico 2010. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br.
- Ministério dos direitos humanos (Brasil), Secretaria dos Direitos Humanos (SDH). Brasília/DF. [acesso em 2017, dez]. Disponível em: www.sdh.gov.br.
- Machado WD, Gomes DF, Freitas MC, Moreira AC. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *ReonFacema*; 2017;3(2):445-51.
- Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):274-80.
- Dellarozza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML. [Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study)]. *Cad Saude Publica*. 2013;29(2):325-34. Portuguese.
- Barbosa MH, Bolina AF, Tavares JL, Cordeiro AL, Luiz RB, de Oliveira KE. Socio-demographic and health factors associated with chronic pain in institutionalized elderly. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):1010-16. English, Portuguese, Spanish.
- Ferreira P, Repolho M, Ribeiro MJ, Sepodes B. Diagnóstico e abordagem terapêutica da osteoartrite. *Rev Port Farmacoter*. 2012;4(1):15-28.
- Freire ME, Sawada NO, de França IS, da Costa SF, Oliveira CD. [Health-related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review]. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):357-67. Portuguese.
- Fernandes RM. O sono normal. *Medicina*. 2006;39(2):157-68.
- Gomes MM, Quinhones MS, Engelhardt E. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Rev Bras Neurol*. 2010;46(1):5-15.
- Geib LT, Cataldo Neto A, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. *Rev Psiquiatr*. 2003;25(3):453-65.
- Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. [Factors associated to functional limitations in elderly of low income]. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(5):430-5. Portuguese.
- Linden Junior E, Trindade JL. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):473-9.
- Kreling MC, da Cruz DA, Pimenta CA. [Prevalence of chronic pain in adult workers]. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):509-13. Portuguese.
- Oliveira DN, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BR. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Rev Cien Saúde*. 2008;1(2):57-63.
- Scoralick FM, Camargos EF, Freitas MP, Nóbrega OT. [Outpatient treatment of Sleep disorders in Alzheimer patients]. *Einstein*. 2015;13(3):430-4. English, Portuguese.
- Martinez D, Lenz Mdo C, Menna-Barreto L. Diagnosis of circadian rhythm Sleep disorders. *J Bras Pneumol*. 2008;34(3):173-180. English, Portuguese.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil do município de São Carlos, SP. [acesso em 2017 jan]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-carlos_sp.
- Prefeitura Municipal de São Carlos. Programa Saúde da Família – PSF [acesso em 2014, nov]. Disponível em: www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html.
- Hemmingsson ES, Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S, Gustafson Y, Sandman PO, et al. Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007 and 2013. *Eur J Clin Pharmacol*. 2018;74(4):483-8.
- Sousa FA, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional pain evaluation scale. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):3-10.
- Augusti AC, Falsarella GR, Coimbra AM. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária-estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9.
- Mansano-Schlosser TC, dos Santos AA, Camargo-Rossignolo Sde O, Freitas DC, Lorenz VR, Ceolim ME. [Institutionalized elderly: chronological organization of daily routines and sleep quality]. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):610-6. Portuguese.
- Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):706-16.
- Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(3):187-94.
- Wanderbroocke ACNS, Wiedemann A, Bussolin C. Participação social e familiar de idosas vinculadas a um grupo de convivência de uma comunidade de Baixa renda em Curitiba-PR. *Salud & Sociedad*. 2015;3(6):212-22.
- Andrade FA, Pereira LV, Sousa FA. [Pain measurement in the elderly: a review]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(2):271-6.
- Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):314-21.
- Cruz HM, Pimenta CA, Dellarozza MS, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YA. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor*. 2011;12(2):108-14.
- Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):345-59.
- Lima MG, Bergamo Francisco PM, de Azevedo Barros MB. Sleep duration pattern and chronic diseases in Brazilian adults (ISACAMP, 2008/09). *Sleep Med*. 2012;13(2):139-44.
- Oliveira CH, Martins EA, Montezeli JH, Souza TG, Dellarozza MS. Compreendendo a vivência dos idosos com dor crônica: a luz da teoria de Callista Roy. *Cienc Cuid Saude*. 2017;16(1):1-8.
- Ferretti F, Santos DT, Giuriatti L, Gauer AP, Teo CR. Sleep quality in the elderly with and without chronic pain. *BrJP*. 2018;1(2):141-6.
- Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor*. 2011;12(2):120-4.
- Monteiro NT, Ceolim ME. Quality of sleep of the aged at home and in hospital. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2014;23(2): 356-64.
- Barbosa KT, Oliveira FM, Oliveira, SM, Gomes MO, Fernandes M. Qualidade do sono em pacientes idosos em atendimento ambulatorial. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(Suppl 2):756-61.
- Chen Q, Hayman LL, Shmerling RH, Bean JF, Leveille SG. Characteristics of chronic pain associated with sleep difficulty in the older population: the Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly (MOBILIZE) Boston Study. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(8):1385-92.
- Picavet HS, Verschuren WM, Groot L, Schaap L, van Oostrom SH. Pain over the adult life course: 15 year-pain trajectories-the Doetinchem Cohort Study. *Eur J Pain*. 2019. [Epub ahead of print].
- Machado LA, Viana JU, Silva S L, Couto FG, Mendes LP, Ferreira PH, Dias RC. Correlates of a recent history of disabling low back pain in community-dwelling older persons. *Clin J Pain*. 2018;34(6):515-24.