Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Dor crônica musculoesquelética e qualidade de vida percebida em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde

Chronic musculoskeletal pain and perceived quality of life in older adults attending Primary Health Care

Dolor musculoesquelético crónico y calidad de vida percibida en personas mayores atendidas en la Atención Primaria de Salud

Adriana Cristina de Araújo Figueiredo[1], Gabrielly Fernanda Silva[2], Thalyta Isis de Matos Pires[2], Yunara Fernandes Venturelli[2], Juliana Martins Pinto[2].

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre dor crônica musculoesquelética e qualidade de vida percebida em pessoas idosas atendidas na atenção primária à saúde e a influência de aspectos biopsicossociais. **Método:** Estudo transversal realizado com 144 pessoas idosas atendidas na Atenção Primária em Saúde. A qualidade de vida foi classificada como boa ou ruim, pela pergunta do World Health Organization for Quality of Life (WHOQol breve). Dor crônica musculoesquelética foi indicada pelo número de regiões dolorosas nos últimos três meses. Indicadores pessoais, de saúde física e mental e aspectos contextuais foram inseridos em blocos no modelo de regressão logística. As análises foram realizadas no programa IBM SPSS 22, com significância de 5%. **Resultados:** A média de regiões corporais com dor crônica musculoesquelética foi 3,15 (DP:2,54). Foram classificados com qualidade de vida ruim 31,3% dos participantes. Número de regiões com dor crônica foi relacionado à qualidade de vida ruim aumentando a chance desse desfecho em 79%. Dor crônica (OR: 0,796), Índice de Massa Corporal (OR: 0,921), sintomas depressivos (OR: 0,787) e satisfação com o sono (OR: 2,675) foram relacionados à pior qualidade de vida, independentemente de aspectos biopsicossociais. **Conclusão:** Dor crônica musculoesquelética está associada à qualidade de vida ruim independentemente de aspectos biopsicossociais.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde do idoso, Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between chronic musculoskeletal pain and perceived quality of life in older adults receiving primary health care, as well as the influence of biopsychosocial factors. **Method:** A cross-sectional study was conducted with 144 older adults receiving care in Primary Health Care. Quality of life was classified as good or poor using the question from the World Health Organization for Quality of Life (WHOQOL-bref). Chronic musculoskeletal pain was indicated by the number of painful regions in the last three months. Personal, physical and mental health indicators, and contextual aspects were entered into blocks into the logistic regression model. Analyses were performed using IBM SPSS 22, with a significant level of 5%. **Results:** The mean number of body regions with chronic musculoskeletal pain was 3.15 (SD:

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba – MG.
[2] Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

2.54). Poor quality of life was identified in 31.3% of participants. The number of regions with chronic pain was associated with poor quality of life, increasing the odds of this outcome by 79%. Chronic pain (OR: 0.796), Body Mass Index (OR: 0.921), depressive symptoms (OR: 0.787), and satisfaction with sleep (OR: 2.675) were associated with poorer quality of life, regardless of biopsychosocial factors. **Conclusion:** Chronic musculoskeletal pain is associated with poor quality of life independently of biopsychosocial aspects.

Keywords: Aging, Health of elderly, Public health.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la asociación entre el dolor musculoesquelético crónico y la calidad de vida percibida en personas mayores atendidas en la atención primaria de salud, así como la influencia de aspectos biopsicosociales. **Método:** Estudio transversal realizado con 144 personas mayores atendidas en la Atención Primaria de Salud. La calidad de vida se clasificó como buena o mala mediante la pregunta del World Health Organization for Quality of Life (WHOQOL-bref). El dolor musculoesquelético crónico se indicó por el número de regiones dolorosas en los últimos tres meses. Indicadores personales, de salud física y mental, y aspectos contextuales fueron incluidos en bloques en el modelo de regresión logística. Los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS 22, con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** El promedio de regiones corporales con dolor musculoesquelético crónico fue de 3,15 (DE: 2,54). El 31,3% de los participantes fueron clasificados con mala calidad de vida. El número de regiones con dolor crónico se asoció con una mala calidad de vida, aumentando en un 79% la probabilidad de este desenlace. El dolor crónico (OR: 0,796), el Índice de Masa Corporal (OR: 0,921), los síntomas depresivos (OR: 0,787) y la satisfacción con el sueño (OR: 2,675) se relacionaron con una peor calidad de vida, independientemente de los aspectos biopsicosociales. **Conclusión:** El dolor musculoesquelético crónico está asociado con una mala calidad de vida independientemente de los aspectos biopsicosociales.

Palabras clave: Envejecimiento, Salud de la persona mayor, Salud pública.

INTRODUÇÃO

A dor crônica musculoesquelética figura entre as principais causas de incapacidade funcional, gerando expressivos impactos socioeconômicos e comprometendo a qualidade de vida, o bem-estar físico, emocional e comportamental em pessoas idosas (CIOLA G, et al., 2020; CARVALHO RC, et al., 2018; JOSHY G, et al., 2026). No Brasil, estima-se que aproximadamente um terço da população idosa seja afetada por essa condição, o que ameaça a manutenção de uma longevidade ativa e saudável (DELLAROZA MSG, et al, 2013; CIOLA G, et al., 2020). A magnitude do impacto tende a ser maior em pessoas idosas, quando comparadas a grupos etários mais jovens, em função da frequência de comorbidades, uso de múltiplos medicamentos, sedentarismo, declínio cognitivo, distúrbios do sono e outras condições que se acumulam ao longo da vida (SINGHASIRI P, et al, 2025; MENDES ADS, et al., 2026). Segundo o modelo biopsicossocial de saúde (CASTANEDA L, et al., 2014.; NIJS J, et al., 2020; TAKEUCHI T, et al., 2026), esses fatores interagem e potencializam as manifestações dolorosas, ampliando seu efeito negativo sobre a qualidade de vida. Contudo, poucos estudos têm abordado a dor crônica em pessoas idosas sob essa perspectiva integrativa, particularmente considerando a qualidade de vida como desfecho principal.

A dor é atualmente compreendida como uma experiência subjetiva e multifatorial, que pode ocorrer independentemente da presença de lesão tecidual (DESANTANA JM, et al., 2020; RAJA SN, et al., 2020). Define-se como crônica quando persiste por mais de três meses. Recentemente incorporada à Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a dor crônica é reconhecida como um dos principais determinantes de limitação funcional e restrição de participação social, implicando prejuízos nas atividades laborais, de lazer e de autocuidado (MENDES ADS, et al., 2026; KAWASHIMA A, et al., 2025). Além disso, constitui uma das queixas mais recorrentes nos serviços de saúde, aumentando a demanda assistencial e os custos com cuidados continuados (AMORIM JSC, et al., 2021).

A qualidade de vida representa um dos desfechos mais relevantes para a saúde da pessoa idosa e, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), corresponde à percepção individual de sua posição na vida, considerando o contexto cultural e o sistema de valores em que vive, em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações (FLECK MP, et al., 2000). Essa percepção é influenciada por múltiplos fatores, incluindo solidão, quedas, polifarmácia, fragilidade, incontinência urinária, desnutrição e dor crônica (MARINKOWSKI K, et al., 2025). Apesar da presença frequente de problemas relacionados ao envelhecimento, indivíduos idosos acionam mecanismos adaptativos que promovem ajustamento físico e socioemocional diante das adversidades (PINTO JM, et al., 2016; CAVLAK U, et al., 2025), o que pode favorecer maior autonomia, independência e autopercepção positiva de qualidade de vida, mesmo na presença de dor (MOREIRA MTC, et al., 2020).

Apesar da importância do tema, as relações entre dor crônica e qualidade de vida têm sido pouco exploradas na literatura. As investigações existentes concentram-se, em geral, em populações em contextos específicos — como pessoas idosas institucionalizadas, hospitalizadas ou portadores de doenças crônicas específicas —, resultando em evidências fragmentadas e insuficientes. Estudos sobre a temática na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda são escassos, apesar de essa ser a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o rastreio precoce e o manejo adequado da dor podem favorecer a prevenção de agravos e a melhoria da qualidade de vida. Embora alguns trabalhos demonstrem o impacto da dor crônica sobre a qualidade de vida (MARINKOWSKI et al., 2025; PAZ MG, et al., 2021), poucos consideram a influência simultânea de fatores biopsicossociais.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre dor crônica musculoesquelética e qualidade de vida percebida por pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde, considerando a influência de aspectos biopsicossociais. O aprofundamento desse conhecimento poderá subsidiar o desenvolvimento de ações e linhas de cuidado voltadas à abordagem da dor crônica na APS, contribuindo para a promoção de uma longevidade mais ativa, saudável e socialmente participativa.

MÉTODOS

Desenho de estudo e amostra

Foram analisados dados da linha de base de um estudo longitudinal realizado com 201 usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Uberaba, Minas Gerais, composto por homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos.

A amostra foi recrutada em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) sorteadas aleatoriamente, representando os três distritos sanitários do município, de modo a contemplar usuários de diferentes regiões geográficas e com características socioculturais diversas. Em cada unidade, os participantes foram selecionados por conveniência, em distintos dias da semana e períodos do dia, enquanto aguardavam atendimento. As coletas de dados ocorreram presencialmente, de janeiro a dezembro de 2019, por meio de entrevistas individuais conduzidas por pesquisadores previamente treinados.

O cálculo amostral estimou o mínimo de 62 participantes por unidade, totalizando 186 indivíduos. Entretanto, buscou-se ampliar esse número a fim de maximizar o tamanho amostral, considerando o caráter longitudinal do estudo, resultando em uma amostra final de 201 participantes. O cálculo foi baseado em estimativas derivadas de um estudo piloto, que indicou prevalência de lentidão de marcha de 20%, erro amostral de 10% e nível de confiança de 95%. Procedimentos metodológicos detalhados foram previamente (PINTO JM, et al., 2022).

Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência das UBS participantes e que consentiram voluntariamente em participar da pesquisa. Não foram incluídas pessoas hospitalizadas, institucionalizadas, acamadas com dependência funcional grave, portadoras de demência avançada ou doenças terminais. Foram excluídos do presente estudo os participantes que não responderam completamente os questionários de interesse. Os participantes elegíveis foram convidados e informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da entrevista.

As entrevistas abordaram aspectos sociodemográficos, condições de saúde física e mental, qualidade de vida, fatores ambientais, uso e acesso a serviços de saúde, apoio social e bem-estar subjetivo. O tempo médio de aplicação foi de aproximadamente 60 minutos.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (parecer nº 2.557.676, CAAE: 81115717.5.0000.5154).

Variáveis e medidas

Desfecho

Qualidade de vida. Foi avaliada pela pergunta extraída do World Health Organization of Quality of Life (WHOQol breve): “Como você avalia sua qualidade de vida?” O participante respondia: Muito boa; boa; nem boa nem ruim; ruim; ou, muito ruim (FLECK et al., 2000). Para as análises deste estudo, as categorias “muito boa” e “boa” foram agrupadas e denominada “qualidade de vida boa” (categoria de referência), e as categorias “nem boa nem ruim”, “ruim” e “muito ruim” foram agrupadas e denominadas “qualidade de vida ruim”. Dos 201 participantes, 144 responderam a essa pergunta e foram, portanto, incluídos na análise.

Exposições

Indicadores de saúde física e mental

O estado cognitivo foi avaliado por meio da Prova Cognitiva de Leganés (PCL) (CALDAS et al., 2012). Trata-se de um instrumento de rastreamento de déficit cognitivo sugestivo de demência, reconhecido como uma alternativa em relação a outros instrumentos, pois os resultados não são influenciados pelo nível de escolaridade. O instrumento foi validado para a população de baixa renda no Brasil, compreendendo a avaliação da orientação temporal e espacial, memória imediata e tardia, linguagem e atenção, com pontuação variando de 0 a 32 (CALDAS et al., 2012).

Índice de massa corporal (IMC). Foi calculado a partir da aferição do peso e da altura do participante, aplicando a fórmula: IMC=peso/altura2. Nas análises, a variável foi utilizada como quantitativa contínua (NUTTALL FQ, 2015).

Número de medicamentos em uso. Foi perguntado ao participante quais medicamentos ele/a utilizava no momento. A partir das respostas, o pesquisador contava quantos medicamentos no total estavam em uso.

Sintomas depressivos foram avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), composta por 15 itens com respostas dicotômicas (Sim/Não), cuja pontuação final varia de 0 a 15 (ALVARENGA MRM, et al., 2012).

Número de regiões corporais dolorosas. Foi perguntado aos participantes se nos últimos três meses sentiam dor em alguma das nove regiões corporais, de acordo com o Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos (PINHEIRO FA, et al., 2002): pescoço, ombros, parte superior das costas, parte inferior das costas, cotovelos, punhos/mãos, quadril, joelhos e tornozelos/pés. Os pesquisadores calcularam, para cada participante, o número de regiões em que foram relatadas dor, cujo total variou de 0 a 9.

Lentidão. O participante respondeu à pergunta “com que frequência sente que está lento para caminhar?” As opções de respostas foram: Raramente ou Nunca; poucas vezes; muitas vezes; e sempre ou quase sempre. Os participantes que responderam poucas vezes, muitas vezes e sempre ou quase sempre foram classificados no grupo “algumas vezes/sempre”, os restantes permaneceram no grupo “raramente/nunca” (categoria de referência) (NUNES DP, et al., 2015)

Fadiga. Foi perguntado aos participantes: “Com que frequência sente que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais?” e, “com que frequência você não conseguiu levar adiante suas coisas? “As opções de respostas foram: Raramente ou Nunca; poucas vezes; muitas vezes; e sempre ou quase sempre. Os participantes que responderam poucas vezes, muitas vezes e sempre ou quase sempre para pelo menos

uma das duas perguntas foram classificados no grupo “algumas vezes/sempre”, os restantes foram classificados no grupo “raramente/nunca” (categoria de referência) (NUNES DP, et al., 2015).

Satisfação com o sono. Foi avaliada por meio de pergunta extraída do WHOQol breve, para a qual o participante respondeu se estava satisfeito com o sono. As respostas foram agrupadas em satisfeito e insatisfeito (categoria de referência) (SILVA MR, et al., 2018).

Aspectos contextuais

Os aspectos contextuais incluíram fatores ambientais e pessoais, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CASTANEDA L, et al., 2014), sendo indicados por suporte social, barreiras da vizinhança, sexo, idade e escolaridade.

O suporte social foi avaliado por meio de cinco questões do tipo “sim ou não”, sendo elas: 1) Você tem alguém para ajudá-lo nas tarefas domésticas caso adoeça? 2) Você tem alguém em quem confiar? 3) Você tem alguém para acompanhá-lo nas atividades na comunidade? 4) Você tem alguém para pedir conselhos ou informações? e 5) Você tem alguém para ajudá-lo economicamente? A soma dos itens proporcionou uma pontuação final que varia de 0 a 5 (NERI AL, et al., 2013).

Barreiras da vizinhança. Os participantes responderam até que ponto sua vizinhança tem 1) calçadas acessíveis e seguras; 2) parques, praças e áreas de passeio; 3) transporte público perto da sua casa e 4) locais adequados para caminhada. As opções de respostas eram muito, pouco ou nada. Cada item foi dicotomizado em 1 – pouco/nada e 0 – muito, posteriormente, os itens foram somados e geraram o escore que variou de 0 a 4 (AFSHIN A, et al., 2016).

Sexo (masculino/feminino), idade (anos) e escolaridade (anos de estudo) foram obtidos por autorrelato.

Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis para caracterização da amostra, expressas em médias, desvios-padrão e frequências absolutas e relativas. Os dados foram distribuídos normalmente, de acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov ($p>0,05$), portanto a distribuição de frequências e médias foram comparadas nos grupos Qualidade de Vida Boa e Qualidade de Vida Ruim por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e do teste t Student. Para investigar a associação entre dor crônica e qualidade de vida de pessoas idosas as variáveis independentes foram inseridas no modelo de regressão logística em blocos, segundo domínios da CIF, tais como: Bloco 1 - Número de regiões dolorosas (condição de saúde); Bloco 2 – Indicadores de estado de saúde física e mental (estrutura e funções); Bloco 3: Aspectos contextuais (pessoais e ambientais). As análises estatísticas foram realizadas no Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics versão 22; IBM Corporation, Chicago, Illinois, EUA), valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Os participantes foram predominantemente mulheres (77,1%); a média de idade foi de 68,1 (DP:6,8) anos e a média de anos de estudo foi de 5,6 (DP:4,1). Os participantes relataram dor musculoesquelética crônica em 3,15 (DP:2,54) regiões corporais em média. A qualidade de vida foi considerada ruim para 31,3% dos participantes. Na **Tabela 1** estão apresentados os resultados da caracterização da amostra.

Tabela 1 - Características da amostra. Uberaba-MG, 2019. Pessoas idosas, N=201.

	F (%)	m (DP)
Sexo		
Masculino	46 (22,9)	
Feminino	155 (77,1)	
Idade		68,1 (6,8)
Escolaridade		5,6 (4,1)
Estado cognitivo		26,5 (3,2)
Índice de Massa Corporal		27,7 (6,8)
Número de medicamentos		4,2 (2,6)
Sintomas depressivos		5,0 (2,9)
Número de regiões dolorosas		3,1 (2,5)
Lentidão		
Raramente/nunca	74 (36,8)	
Algumas vezes/sempre	127 (63,2)	
Fadiga		
Raramente/nunca	51 (25,4)	
Algumas vezes/sempre	150 (74,6)	
Satisfação com o sono		
Insatisfeito	80 (39,8)	
Satisfeito	121 (60,2)	
Suporte social		3,4 (1,4)
Barreiras da vizinhança		2,2 (1,3)
Qualidade de vida		
Ruim	45 (31,3)	
Boa	99 (68,8)	

F: Frequência; DP: Desvio padrão. M: Média.
Fonte: Araújo Figueiredo AC, et al., 2026.

Aqueles que relataram qualidade de vida ruim apresentaram maior média de sintomas depressivos (p <0,001), número de regiões corporais dolorosas (p = 0,016) e menor escore de suporte social (p = 0,006). Além disso, observou-se maior proporção de participantes no grupo com boa qualidade de vida entre aqueles que relataram lentidão raramente/nunca (p = 0,002) e satisfeitos com o sono (p = 0,003) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Distribuições e associações de médias e frequências dos indicadores de saúde e aspectos contextuais, de acordo com a qualidade de vida. Uberaba-MG, 2019. Pessoas idosas, N=144.

	Qualidade de vida		p-value
	Ruim (n=45)	Boa (n=99)	
Sexo#			
Masculino	9 (33,3)	18 (66,7)	0,796
Feminino	36 (30,8)	81 (69,2)	
Idade*	68,2 (6,8)	67,7 (6,8)	0,643
Escolaridade*	4,9 (4,3)	6,2 (4,2)	0,090
Estado cognitivo*	26,4 (3,4)	26,7 (3,2)	0,687
Índice de Massa Corporal*	29,3 (9,9)	26,9 (4,7)	0,054
Número de medicamentos*	4,8 (2,8)	4,0 (2,6)	0,099
Sintomas depressivos*	6,6 (3,3)	3,9 (2,3)	<0,001*
Número de regiões dolorosas*	4,0 (2,6)	2,9 (2,4)	0,016*
Lentidão#			
Raramente/nunca	9 (16,1)	47 (83,9)	
Algumas vezes/sempre	36 (40,9)	52 (59,1)	0,002*
Fadiga#			
Raramente/nunca	9 (26,5)	25 (73,5)	
Algumas vezes/sempre	36 (32,7)	74 (67,3)	0,492
Satisfação com o sono#			
Insatisfeito	26 (45,6)	31 (54,4)	
Satisfeito	19 (21,8)	68 (78,2)	0,003*
Suporte social*	3,1 (1,5)	3,8 (1,3)	0,006*
Barreiras da vizinhança*	2,31 (1,3)	2,1 (1,3)	0,558

Nota: * Teste T Student; # Teste qui-quadrado.
Fonte: Araújo Figueiredo AC, et al., 2026.

Maior número de regiões corporais com dor crônica foi relacionado à qualidade de vida ruim. Cada região dolorosa aumenta em 79% a chance de relatar qualidade de vida ruim. O modelo final (**Tabela 3**) mostrou que dor crônica, IMC, sintomas depressivos e satisfação com o sono foram associados à qualidade de vida ruim, mesmo após controle por outros indicadores de saúde e aspectos contextuais.

Tabela 3 - Regressão logística binária. Uberaba-MG, 2019. Pessoas idosas, N=144

	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Número de regiões dolorosas	0,822 (0,709-0,954)*	0,871 (0,716-1,060)	0,796 (0,638-0,994)*
Estado cognitivo		-1,018 (0,875/-1,183)	-0,983 (0,837-1,154)
Índice de Massa Corporal		0,940 (0,876-1,008)	0,921 (0,851-0,997)*
Número de medicamentos		1,032(0,869-1,226)	1,010 (0,842-1,212)
Sintomas depressivos		0,77 (0,647-0,916)*	0,787 (0,654-0,946)*
Fadiga			
Raramente/nunca (ref)		1,293 (0,411-4,069)	1,262 (0,375-4,249)
Lentidão			
Raramente/nunca (ref)		0,670 (0,226-1,984)	0,827 (0,253-2,704)
Satisfação com o sono		-2,564 (-1,024/-6,424)*	-2,675 (-1,026/-6,973)*
Insatisfeito (ref)			
Idade			0,947 (0,876-1,025)
Sexo			
Masculino (ref)			1,514 (0,491-4,669)
Escolaridade			-1,037 (0,907-1,186)
Suporte social			1,297 (0,916-1,836)
Barreiras na vizinhança			0,854 (0,598-1,221)

Nota: *p<0,05; OR: Odds ratio; IC: Intervalo de Confiança.
Fonte: Araújo Figueiredo AC, et al., 2026.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a associação entre dor crônica musculoesquelética e qualidade de vida em pessoas idosas, à luz de uma abordagem biopsicossocial que reconhece o papel integrado de fatores biológicos, psicológicos e sociais na experiência dolorosa e em seus desfechos funcionais. Esses aspectos têm potencial para intensificar o impacto da dor sobre a independência funcional e acelerar o declínio da qualidade de vida na velhice, sobretudo em contextos de multimorbidade e maior vulnerabilidade. Nesse sentido, o estudo se insere em um cenário em que, embora dor, envelhecimento e qualidade de vida sejam temas amplamente discutidos, ainda são escassas as investigações dedicadas a compreender essas relações de forma integrada na população idosa.

A compreensão desses fenômenos é alinhada à perspectiva biopsicossocial recomendada pela Organização Mundial da Saúde, operacionalizada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (CASTANEDA L, et al., 2014), o que converge com as abordagens contemporâneas do estudo da dor e com as metas de promoção de longevidade saudável. Assim, os resultados obtidos fornecem subsídios para o desenvolvimento de programas de manejo da dor crônica em pessoas idosas, destacando elementos que devem ser considerados na avaliação e nas condutas interdisciplinares com foco na qualidade de vida.

Os achados mostraram que dor crônica musculoesquelética, Índice de Massa Corporal, sintomas depressivos e satisfação com o sono se associam à qualidade de vida em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde. A estratégia de inserção das variáveis em blocos indicou, adicionalmente, que um maior número de regiões corporais dolorosas se relaciona a pior qualidade de vida, independentemente de indicadores de saúde e fatores contextuais. Esses resultados sugerem que intervenções voltadas à melhora da qualidade de vida em pessoas idosas com dor crônica devem contemplar, de maneira integrada, o manejo do sono, do peso corporal e da saúde mental, para além do foco exclusivo no alívio da dor (PAZ MG, et al., 2021; DESANTANA JM, et al., 2020).

É plausível supor que abordagens centradas apenas na intensidade dolorosa sejam insuficientes para produzir ganhos significativos em qualidade de vida, reforçando a necessidade de estratégias multimodais (CIOLA G, et al., 2020; MENDES ADS, et al., 2026). Para testar essas hipóteses, são recomendados ensaios clínicos randomizados e controlados que avaliem diferentes modalidades de intervenção para dor crônica, tendo a qualidade de vida como desfecho central. Ainda assim, os resultados deste estudo se mostram robustos para estimular revisões nas práticas assistenciais, especialmente na Atenção Primária, apoiando uma abordagem integral da pessoa idosa com dor crônica.

Observou-se que a dor crônica musculoesquelética foi referida, em média, em 3,1 regiões corporais, dado relevante tanto para a clínica quanto para a Saúde Coletiva, por indicar um quadro de dor disseminada em parcela expressiva da amostra. Esse achado implica que profissionais da Atenção Primária frequentemente se deparam com usuários portadores de múltiplas queixas dolorosas, o que reforça a necessidade de uma abordagem centrada na integralidade do cuidado, em detrimento de manejos fragmentados por segmentos corporais. Também sugere elevada demanda por cuidados nesse nível de atenção, em consonância com estudos que têm apontado alta prevalência de dor crônica em populações idosas (AMORIM JSC et al., 2021; CIOLA G, et al., 2020).

Embora muitas investigações se concentrem em regiões corporais específicas ou em medidas de intensidade da dor, dificultando comparações diretas, há evidências de que a dor crônica é prevalente, frequentemente persistente e acomete múltiplos sítios corporais em uma parcela substancial dos indivíduos (CHENG F, et al., 2026).

Revisões e metanálises internacionais mostram prevalências elevadas e heterogêneas de dor crônica, em parte explicadas pelos diferentes métodos de avaliação e definição utilizados (KAWASHIMA A, et al., 2025; WONG CK, 2022).

Nas análises bivariadas, sintomas depressivos, maior número de regiões dolorosas, lentidão, insatisfação com o sono e baixo suporte social mostraram associação com pior qualidade de vida, reforçando o caráter multifacetado e multidimensional desse desfecho. Esses resultados convergem com evidências prévias que indicam que a qualidade de vida é influenciada por um conjunto de fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, mesmo quando avaliada de forma global e subjetiva por meio de medidas sintéticas (MARINKOWSKI, et al., 2025; SINGHASIRI P, et al., 2025).

Nesse contexto, a qualidade de vida configura-se como um desfecho clínico relevante para avaliação de intervenções em Fisioterapia e em outras áreas da saúde, sobretudo em abordagens interdisciplinares no âmbito comunitário. Na velhice, a acumulação de morbidades e vulnerabilidades tende a comprometer a funcionalidade e a qualidade de vida, sendo que fatores como depressão, dependência, isolamento social, incapacidade funcional, alterações de humor e distúrbios do sono se associam à dor crônica e aumentam o sofrimento físico e psíquico (KAWASHIMA A, et al., 2025; CAVLAK U, et al., 2025). Esses elementos também contribuem para o aumento da demanda por cuidados e para a sobrecarga dos sistemas de saúde, especialmente em países que vivenciam rápido envelhecimento populacional.

Estudos prévios indicam que a identificação e o manejo de fatores de risco modificáveis relacionados à qualidade de vida podem auxiliar no controle da dor e devem ser integrados a intervenções multimodais (NIJS J, et al., 2020; TAKEUCHI T, et al., 2026). Intervenções que combinam ações educativas, promoção de atividade física, apoio psicossocial e estratégias para melhoria do sono tendem a reduzir a carga psicossocial associada à dor crônica em pessoas idosas, ampliando o potencial de ganho em qualidade de vida.

Nesse sentido, recomenda-se que a atenção à dor crônica em pessoas idosas inclua ações como educação em saúde, educação em dor, visitas domiciliares, grupos educativos e de autocuidado, bem como sistemas de monitoramento para prevenção de agravos, articulados à Rede de Atenção à Saúde. A incorporação explícita do manejo da dor crônica nas políticas de saúde e nos protocolos da Atenção Primária é fundamental para qualificar a resposta do Sistema Único de Saúde a esse problema de grande magnitude.

O presente estudo utilizou um indicador de dor crônica fundamentado no conceito de acumulação de déficits, segundo o qual o aumento no número de regiões dolorosas reflete pior condição de saúde global (CHENG F, et al., 2026). Esse conceito é amplamente empregado em Medicina e Gerontologia, sendo a base de índices como o de fragilidade e o de multimorbidade, nos quais a soma de sinais, sintomas e doenças resulta em um escore que expressa maior vulnerabilidade e pior estado de saúde (PAZ MG, et al., 2021; SILVA MR, et al. 2018).

A estratégia adotada apresenta vantagens epidemiológicas, ao sintetizar a carga de dor em um único indicador de fácil aplicação. Entretanto, o instrumento utilizado não contemplou a avaliação bilateral das regiões corporais, o que pode ter levado à subestimação do número total de áreas afetadas. Ademais, o fenômeno doloroso envolve outras dimensões relevantes, como intensidade, frequência, duração e impacto funcional, não captadas pelo indicador utilizado, razão pela qual os resultados devem ser interpretados com cautela. Pesquisas futuras devem contemplar esses parâmetros, inclusive com medidas padronizadas de severidade da dor recomendadas nas novas classificações de dor crônica. Outras limitações incluem a representatividade da amostra, restrita a pessoas idosas que frequentam serviços de saúde, o que não permite extrapolação direta para indivíduos adscritos que não comparecem às unidades, permanecem restritos ao domicílio ou vivem institucionalizados.

Diante do envelhecimento populacional, os impactos da dor crônica repercutem amplamente na sociedade, por modificarem as demandas por cuidado, reduzirem a capacidade para o trabalho e para o exercício de papéis sociais, e aumentarem a necessidade de suporte formal e informal. Esses elementos reforçam a pertinência de uma abordagem biopsicossocial, ampliada e contextualizada socialmente, para o manejo da dor crônica em idosos. Profissionais da Atenção Primária à Saúde devem estar atentos à identificação precoce e ao acompanhamento sistemático da dor crônica, desenvolvendo e apoiando estratégias de cuidado integradas que contemplem avaliação abrangente, manejo interdisciplinar e intervenções centradas na pessoa, com foco na preservação da funcionalidade e na promoção da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

CONCLUSÃO

Maior número de regiões corporais dolorosas foi associado a qualidade de vida ruim, independentemente de indicadores de saúde e de aspectos contextuais. Satisfação com o sono, IMC e sintomas depressivos também influenciaram a qualidade de vida de pessoas idosas, portanto, devem ser abordados no manejo da dor, visando ao aumento da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos ao apoio das instituições envolvidas, aos participantes do estudo e aos professionais das unidades de saúde que colaboraram com a execução da pesquisa. Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio institucional ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da UnB e ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia da UFTM. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro à professora e pesquisadora Juliana Martins Pinto em seu estágio pós-doutoral no exterior.

REFERÊNCIAS

1. AFSHIN A, et al. Information technology and lifestyle: systematic evaluation of internet and mobile interventions. JAHA, 2016; 5(9).
2. ALVARENGA MRM, et al. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. Acta Paul Enferm., 2012; 25: 497–503.
3. AMORIM JSC, et al. Use of healthcare services and therapeutic measures associated with new episodes of acute low back pain-related disability among elderly people. São Paulo Med J., 2021; 139(2):137–43.

4. CALDAS VVA, et al. Translation, cultural adaptation and psychometric evaluation of the Leganés cognitive test in a low educated elderly Brazilian population. Arq Neuropsiquiatr., 2012; 70: 22–7.
5. CARVALHO RC, et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. Br J Pain, 2018; 1(4).
6. CASTANEDA L, et al. A CIF: revisão sistemática de estudos observacionais. Rev Bras Epidemiol., 2014; 17: 437–51.
7. CAVLAK U, et al. An Analysis of Factors Associated with Chronic Musculoskeletal Pain, Pain Management Preferences, Coping Strategies, and Health-Related Quality of Life Among Older People: A Cross-Cultural Study. J Pain Res., 2025; 18: 4915-4934.
8. CHENG F, et al. Longitudinal associations of chronic pain severity trajectories and number of pain site trajectories with risk of limitations in ability in daily activities: Evidence from two 10-year prospective cohort studies. J Nutr Health Aging, 2026; 30(3): 100781.
9. CIOLA G, et al. Borim FSA. Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e condições de saúde: análise de caminhos. Rev Bras Geriatr Gerontol., 2020; 23(3): e200065.
10. DESANTANA JM, et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. BrJP, 2020; 3(3): 197–8.
11. DELLAROZA MSG, et al. 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.
12. FERRETTI F, et al. Quality of life in the elderly with and without chronic pain. Br J Pain, 2018; 1(2).
13. FLECK MP, et al. Aplicação da versão em português do WHOQOL-Bref. Rev Saúde Pública, 2000; 34(2): 178–83.
14. KAWASHIMA A, et al. Chronic pain and decline in activities of daily living among community-dwelling older adults: a systematic review of longitudinal studies. Eur Geriatr Med., 2025; 16(6): 2085-2096.
15. JOSHY G, et al. Pain and high-impact pain in community-dwelling older adults in Australia and relation to sociodemographic and health-related factors, including physical disability, psychological distress, and quality of life. BMC Med., 2026; 24(1): 70.
16. MARCINKOWSKI K, et al. Factors negatively affecting quality of life in geriatric patients: review. GMS Hyg Infect Control., 2025; 20: 35.
17. MENDES ADS, et al. The Association of Pain With Physical Performance Among Community-Dwelling Older Adults in the PRO-EVA Study. J Am Med Dir Assoc., 2026; 27(3): 106110.
18. MOREIRA MTC, et al. Influence of personal mastery on mobility disability among older adults: A systematic review. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2022; 102: 104750.
19. NERI AL, VIEIRA LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. Rev Bras Geriatr Gerontol., 2013; 16: 419–32.
20. NIJS J, et al. Lifestyle and chronic pain across the lifespan. PM R, 2020; 12(4): 410–9.
21. NUNES DP, et al. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. Rev Saúde Pública, 2015; 49.
22. NUTTALLFQ. Body Mass Index. Nutr Today, 2015; 50(3): 117–28.
23. OGAWA EF, et al. Chronic pain characteristics and gait in older adults: the MOBILIZE Boston Study II. Arch Phys Med Rehabil., 2020; 101(3): 418–25.
24. PAZ MG, et al. Factors associated with quality of life of older adults with chronic pain. Rev Bras Enferm., 2021; 74(suppl 2): e20200554.
25. PINHEIRO FA, et al. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. Rev Saúde Pública, 2002; 36: 307–12.
26. PINTO JM, et al. Determinants of Physical Functioning among Primary Health Care users aged over 60: Design and baseline characteristics of a longitudinal study in a Brazilian city. Journal of Population Ageing in Latin America, 2022; 1.
27. PINTO JM, et al. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. Arch Gerontol Geriatr., 2016; 65: 104-10

28. RAJA SN, et al. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP): conceitos, desafios e compromissos. 2020; 11–8.
29. SILVA MR, et al. Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. BrJP, 2018; 1: 293–8.
30. SINGHASIRI P, et al. Chronic pain in older adults with chronic diseases: prevalence, perceived interference, and management strategies. BMC Geriatr., 2025; 25(1): 1069.
31. TAKEUCHI T, et al. Association between lifestyle habits and central sensitization in community-dwelling older adults in Japan: a cross-sectional analysis from the Otassha study. BMC Geriatr., 2026; 26(1): 178.
32. TRUIJEN SPM, et al. The impact of older age on the relation between chronic musculoskeletal pain and health-related quality of life: The Maastricht Study. Joint Bone Spine, 2025; 92(6): 105955.
33. WONG CK. Prevalence, Incidence, and Factors Associated With Non-Specific Chronic Low Back Pain in Community-Dwelling Older Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain, 2022.
34. ZHANG X, et al. The impact of social support on pain intensity in older adults with chronic pain: the serial mediating roles of positive and negative affect and pain catastrophizing. BMC Geriatr., 2026; 2.