



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

Ariel Donatti

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES
EMOCIONAIS EM IDOSAS COM E SEM DOR CRÔNICA**

SÃO CARLOS - SP

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

Ariel Donatti

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES
EMOCIONAIS EM IDOSAS COM E SEM DOR CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para Exame de Qualificação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

(Linha de pesquisa: Saúde, biologia e envelhecimento).

Orientadora: Profa. Dra. Keika Inouye

Co-orientadora: Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

São Carlos-SP

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Ariel Donatti, realizada em 30/06/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Keika Inouye (UFSCar)

Profa. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi (UFSCar)

Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi (UFMS)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

DEDICATÓRIA

Em especial, dedico aos meus pais, por batalharem por mim para que pudesse chegar onde estou hoje e me auxiliarem ao longo dessa caminhada. Vocês me ensinaram a sempre ir atrás dos meus sonhos e hoje só estou colhendo-os porque vocês tornaram isso possível para mim. Espero estar retribuindo todo o esforço de vocês. A caminhada foi árdua, mas só foi possível porque eu tinha vocês do meu lado.

Às amizades feitas ao longo da pós-graduação, agradeço pelo apoio, contribuição, desabafo e conquistas realizadas juntos. Cada um de vocês foi essencial para meu amadurecimento pessoal e profissional. Sendo assim, dedico parte da minha conquista a vocês.

E por último, e não menos importante, dedico meu amor pela Gerontologia e à razão de amar o que eu faço, aos meus Avós. Vocês foram o espelho para toda essa jornada. Vocês são os meus eternos exemplos de vida.

A caminhada só se tornou mais fácil porque eu tinha vocês no caminho, espero retribuir a cada um.

Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTO

À minha orientadora, **Keika**, agradeço por todo suporte, orientação, disposição e dedicação realizada ao longo desses anos. Agradeço a persistência e insistência no meu trabalho, é muito prazeroso e gratificante trabalhar com você. A cada ano que passa, minha admiração aumenta, tanto pela sua pessoa quanto pelo seu profissionalismo, me servindo de inspiração para a profissional que quero ser no futuro. Obrigada por tudo que fez por mim.

Ao **Departamento de Gerontologia**, onde tive a honra de conhecer funcionários e professores maravilhosos que me ajudaram nessa jornada de construção profissional.

Ao **Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento** por sempre me ajudar a agregar valores aos meus conhecimentos e me dar a oportunidade de realizar esse estudo. Obrigada pela contribuição e construção do meu futuro.

Aos membros da banca do exame de qualificação (Profas. **Ariene e Bruna**), por se disponibilizarem a apontar melhorias para esta pesquisa.

À minha **família**, pelo colo, insistência e apoio ao longo dessa jornada. Sem vocês nada disso seria possível de realizar.

Aos meus **Avós**, por despertarem em mim a paixão que tenho pelo envelhecimento e a buscar a qualidade de vida junto à Gerontologia. Vocês foram e sempre serão a minha inspiração, obrigada por tanto.

Todos vocês foram a minha base, se hoje cheguei até aqui foi porque cada um de vocês me ajudaram nessa jornada. Obrigada!

RESUMO

O processo de envelhecimento populacional traz consigo o fenômeno da feminização da velhice, ou seja, a prevalência do sexo feminino entre os idosos. A dor crônica e os fatores emocionais como a esperança, o estresse e a depressão afetam a qualidade de vida de parcela significativa de idosas, devido ao contexto social e cultural junto a questões biológicas e psicológicas, tornando-se um importante tema de estudo. Sendo assim, este estudo teve como objetivo verificar se existe associação entre dor crônica, características sociodemográficas e fatores emocionais em idosas da comunidade. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, fundamentado no método quantitativo de investigação. Foi analisada uma amostra de idosas com 60 anos ou mais de idade cadastradas nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP (n=243). Para a coleta dos dados, foram utilizados: Ficha de Caracterização da Idosa, Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Escala de Estresse Percebido (PSS), Escala de Esperança de Herth (EEH) e Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR). Os grupos comparativos se constituíram em: (a) Grupo que apresentava dor crônica (n= 151) e (b) Grupo que não apresentava dor crônica (n= 92). As idosas da amostra tinham idade média de 68,94 anos. Houve predomínio de idosas com pouca escolaridade, casadas, brancas, católicas, praticantes de uma religião, aposentadas, com renda baixa e considerada insuficiente para suprir as necessidades e que não possuíam plano de saúde. O escore médio de sintomas depressivos no grupo com dor crônica foi de 4,63 pontos (Md=4,00; DP = 3,05) e do grupo sem dor crônica foi de 2,74 pontos (Md=2,00; DP = 2,18). O escore médio de estresse no grupo com dor crônica foi mais elevado – 21,07 pontos (Md=20,00; DP = 10,2) quando comparado ao grupo sem dor crônica – 16,73 pontos (Md=16,00; DP = 8,60). O escore médio de esperança no grupo com dor crônica foi de 40,33 pontos (Md=41,00; DP = 5,72) e no grupo sem dor crônica de 42,36 pontos (Md=44,00; DP = 4,46). A diferença das médias dos grupos foram estatisticamente significativas para todas as variáveis emocionais ($p<0,05$). Conclui-se que existe associação entre dor crônica e fatores emocionais em idosas da comunidade. O grupo de idosas sem dor crônica apresentava menos sintomas depressivos, níveis mais baixos de estresse e mais elevados de esperança quando comparado ao grupo de idosas com dor crônica. Os resultados deste estudo apontam que o tratamento da dor crônica deve contemplar também os sintomas depressivos e de estresse, bem como viabilizar meios para que a pessoa tenha perspectivas positivas de futuro e melhore a sua esperança.

Palavras-chave: Dor crônica. Estresse Psicológico. Depressão. Idoso. Saúde do idoso. Saúde da Mulher. Qualidade de Vida. Gerontologia. Geriatria.

ABSTRACT

Sociodemographic characteristics and emotional factors in elderly women with and without chronic pain

The population aging process brings with it the phenomenon of the feminization of old age, that is, the prevalence of females among the elderly. Chronic pain and emotional factors such as hope, stress and depression affect the quality of life of a significant portion of elderly women, due to the social and cultural context together with biological and psychological issues, making them an important topic of study. Therefore, this study aimed to verify if there is an association between chronic pain, sociodemographic characteristics and emotional factors in community elderly women. This is a cross-sectional, descriptive study, based on the quantitative research method. A sample of elderly women aged 60 years or over registered in the areas covered by the Family Health Units in the city of São Carlos-SP (n=243) was analyzed. For data collection, the following were used: Elderly Characterization Sheet, Geriatric Depression Scale (GDS), Perceived Stress Scale (PSS), Herth Hope Scale (EEH) and Multidimensional Pain Assessment Scale (EMADOR). Comparative groups consisted of: (a) Group that presented chronic pain (n=151) and (b) Group that did not present chronic pain (n=92). The elderly women in the sample had a mean age of 68.94 years. There was a predominance of elderly women with little education, married, white, Catholic, practicing a religion, retired, with low income and considered insufficient to meet their needs and who did not have health insurance. The mean score of depressive symptoms in the group with chronic pain was 4.63 points (Md=4.00; SD = 3.05) and in the group without chronic pain it was 2.74 points (Md=2.00; SD = 2.18). The mean stress score in the group with chronic pain was higher – 21.07 points (Md=20.00; SD = 10.2) when compared to the group without chronic pain – 16.73 points (Md=16.00; SD = 8.60). The mean score of hope in the group with chronic pain was 40.33 points (Md=41.00; SD = 5.72) and in the group without chronic pain it was 42.36 points (Md=44.00; SD = 4.46). The difference in the means of the groups was statistically significant for all emotional variables ($p < 0.05$). It is concluded that there is an association between chronic pain and emotional factors in elderly women in the community. The group of elderly women without chronic pain had less depressive symptoms, lower levels of stress and higher hope when compared to the group of elderly women with chronic pain. The results of this study indicate that the treatment of chronic pain should also include depressive and stress symptoms, as well as providing means for the person to have positive perspectives for the future and to improve their hope.

Keywords: Chronic Pain. Psychological Stress. Depression. Elderly. Health of the Elderly. Women's Health. Quality of Life. Gerontology. Geriatrics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização da dor em idosas da comunidade. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Figura 2 – Comparativo dos escores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica das idosas sem e com dor crônica – São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Figura 3 – Comparativo da pontuação geral de estresse percebido das idosas sem dor crônica e com dor crônica – São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Figura 4 – Comparativo da pontuação geral de esperança das idosas sem dor crônica e com dor crônica – São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 3 – Distribuição das idosas segundo intensidade da dor percebida. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 4 – Distribuição das idosas segundo a caracterização da dor. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 5 – Distribuição das idosas segundo a presença ou não de sintomas depressivos e dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 6 – Análises descritivas e comparativas de cada item presente na Escala de Depressão Geriátrica segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 7 – Análises descritivas e comparativas de estresse segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

Tabela 8 – Análises descritivas e comparativas de esperança segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
CEP/CONEP	Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEP/UFSCar	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos
CID-11	Classificação Internacional de Doenças
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DP	Desvio Padrão
EMADOR	Escala Multidimensional de Avaliação da Dor
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
EEH	Escala de Esperança de Herth
ELSI-Brasil	Base nacional do estudo Saúde dos Idosos Brasileiros
HC-UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	Média
Md	Mediana
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
USFs	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Envelhecimento populacional	
1.2 Feminização da velhice e as diferenças dos sexos no envelhecer	
1.3 Fatores emocionais e envelhecimento	
1.4 Dor e envelhecimento	
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo geral	
2.2 Objetivos específicos	
3 MÉTODOS.....	24
3.1 Delineamento do estudo	
3.2 Local e período do estudo	
3.3 Participantes	
3.4 Procedimentos para coleta de dados	
3.5 Aspectos éticos	
3.6 Instrumentos para a coleta de dados	
3.7 Análise dos dados	
4 RESULTADOS.....	30
4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação segundo a presença ou não de dor crônica em idosas	
4.2 Prevalência e caracterização da dor crônica em idosas da comunidade	
4.3 Prevalência, caracterização e análise comparativa de sintomas depressivos segundo a presença ou não da dor crônica em idosas da comunidade	
4.4 Caracterização e análise comparativa dos níveis de estresse segundo a presença ou não da dor crônica em idosas da comunidade	
4.5 Caracterização e análise comparativa de níveis de esperança segundo a presença ou não da dor crônica em idosas da comunidade	
5 DISCUSSÃO.....	43
6 CONCLUSÕES.....	54
7 REFERÊNCIAS.....	55
8 ANEXOS.....	68
6 APÊNDICES.....	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

O processo de transição demográfica decorre da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Como consequência, a pirâmide etária se modificou e evidenciou o significativo envelhecimento populacional em todo o mundo. No âmbito individual, o processo de envelhecimento aumenta a vulnerabilidade biopsicossocial e se configura como um desafio para a sociedade nas mais diversas áreas, tais como saúde, educação, habitação, desenvolvimento urbano, trabalho, seguridade social e previdência (LI *et al.*, 2019; MYRRHA; TURRA; WAJNMAN, 2017).

Embora o envelhecer seja permeado pela diversidade e singularidade da história de vida de cada um e que não significa necessariamente adoecer ou acumular prejuízos, é inegável que, nos estágios tardios do ciclo vital, há maior susceptibilidade a condições adversas e doenças, especialmente em países em desenvolvimento. Desta forma, o investimento em ações de prevenção e promoção ao longo da vida, a formulação de políticas públicas, o conhecimento de fatores associados ao ônus do envelhecer e dos recursos necessários para lidar com o processo de envelhecimento são importantes para minimizar os desafios impostos pela velhice (CHANG *et al.*, 2019; KHAN, 2019; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a quantidade de pessoas com 65 anos ou mais aumentou de 6% em 1990 para 9% em 2019. Em números absolutos, em 2019, havia 7,7 bilhões de pessoas no mundo e, destas, 703 milhões tinham 65 anos ou mais (9,12% do total). Em 2050, as projeções apontam que a população será de 9,7 bilhões e a quantidade de idosos deve dobrar e chegar a 1,5 bilhão – o que representará 15,5% da população. Estimativas apontam que, em 2050, uma em cada seis pessoas do planeta terá 65 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2020).

Em um estudo sobre o envelhecimento populacional em 195 países de 1960 a 2017, Li *et al.* (2019) descreveram crescentes taxas de envelhecimento em todo o mundo. Em 1960, somente 19,0% (37/195) dos países tinham mais de 7,0% de idosos – pessoas com 65 anos ou mais. Em 2017, 46,7% (91/195) tinham este contingente. Neste mesmo ano, Europa e América do Norte eram os continentes mais envelhecidos do mundo – com 18,26% e 12,41% de idosos, respectivamente. No entanto, o país mais envelhecido não estava nestes continentes, o Japão

apresentava a maior proporção mundial com 27,05% de idosos em sua população, seguido da Itália com 23,02%.

Os dados populacionais brasileiros estão alinhados com a tendência mundial de envelhecimento. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019), em 1940, a expectativa de vida era de 45,5 anos e esta havia aumentado 30,8 anos em 2018, chegando a 76,3 anos. Em termos demográficos absolutos, o Brasil possuía, em 2018, 208,5 milhões de habitantes e, destes, 19,2 milhões tinham 65 anos ou mais – o que representava 9,2% da população. Em 2060, as projeções apontam para uma população geral de 228,3 milhões de brasileiros e 58,2 milhões de pessoas com 65 anos ou mais – o que representará 25,5% da população, ou seja, uma em cada quatro pessoas terá 65 anos ou mais (IBGE, 2020). Constanzi *et al.* (2018), em nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), destacam estimativas de crescimento de seguimentos populacionais considerados mais idosos – entre 2018 e 2060, a faixa de 80 anos ou mais crescerá de 2% para 8,4% e, de 90 anos ou mais, de 0,4% para 2,2%.

O fenômeno do envelhecimento populacional foi impulsionado pelas conquistas e transformações da sociedade. A redução das taxas de mortalidade se deve aos avanços científicos e tecnológicos que proporcionaram melhorias nas condições de habitação, saneamento, educação, assistência e saúde. A redução das taxas de fecundidade se deu, em parte, da transformação do papel da mulher na sociedade e na família. Em termos históricos, eram atribuídos à mulher os afazeres domésticos e ela era valorizada pelo cuidado com a casa e a família. Notadamente, os papéis femininos de destaque eram os de esposa e mãe (OLIVEIRA, 2019; SOUSA; GUEDES, 2016).

Gradativamente, a partir do século XIX, as fronteiras entre o mundo produtivo masculino e o reprodutivo feminino foram se desfazendo. Assim, a mulher começa a entrar no mercado de trabalho. No entanto, esta conquista profissional é permeada por desigualdades e adversidades que perduram mesmo nos dias atuais. A mulher acumulou as responsabilidades do emprego formal e das tarefas domésticas, bem como não se desvinculou do papel central na criação dos filhos – que apesar de estarem diminuindo em números absolutos é uma importante tarefa (OLIVEIRA, 2019; SULLIVAN, 2019). O decréscimo da fecundidade no Brasil segue a tendência dos países desenvolvidos. Desde meados da década de 60, o Brasil

vivencia o declínio de sua taxa de fecundidade total, que passou de 6,28 filhos para apenas 1,69 filho por mulher (MYRRHA; TURRA; WAJNMAN, 2017).

As atribuições femininas de prestação de cuidados com a família influenciaram no perfil de autocuidado quando comparado ao perfil masculino. Apesar dos avanços nas questões de gênero, homens e mulheres não se desvincularam totalmente de seus papéis divergentes construídos no passado. Como resultado, a mulher tende a comportamentos positivos e maior receptividade ao autocuidado e à utilização dos serviços de saúde. Por outro lado, o homem costuma ser resistente, incorporar o estereótipo de provedor, forte e viril, e estar pouco presente em serviços de saúde, reservando seu comparecimento para casos de emergência, urgência ou cronicidade notória (BARROS *et al.* 2018; BRASIL, 2008; MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017).

Sendo assim, é relevante entender e considerar a existência de diferenças no envelhecimento para homens e mulheres. A velhice é experimentada de maneiras diferentes segundo a história de vida, o sexo, os aspectos genéticos, as características comportamentais, as características genéticas, a disponibilidade e uso de recursos, as condições sociais, laborais e ambientais. Além disso, não se pode ignorar a superioridade numérica de mulheres na população, o que requer cuidados específicos e diferenciados no envelhecimento (AUSTAD; BARTKE, 2016).

Segundo Austad e Bartke (2016), as diferenças entre os sexos na longevidade e nas respostas às intervenções não permitem extensão das generalizações de um sexo para o outro. Diante desta assertiva e da compreensão de que as percepções de diversas variáveis são experimentadas de formas distintas em homens e mulheres, este estudo irá investigar uma amostra de mulheres idosas.

1.2 Feminização da velhice e as diferenças dos sexos no envelhecer

As diferenças de sexo se acumulam e se acentuam na velhice. Esta afirmativa não se refere apenas ao contexto social, sendo que os fatores biológicos e psicológicos também são significativamente distintos em todas as etapas do ciclo vital de homens e mulheres. Dadas as diferenças de papéis, experiências, oportunidades e fisiologia, entende-se que considerar o sexo em pesquisas e para a efetivação de propostas políticas de envelhecimento saudável é essencial (SOUSA *et al.*, 2018).

No âmbito social e cultural, as mulheres estão mais expostas à violência de gênero, discriminação, salários inferiores, pobreza, dependência financeira e acúmulo de tarefas laborais e domésticas. Atualmente, não se coloca apenas a feminização da velhice, mas a feminização da pobreza também (ABERCROMBIE; HASTINGS, 2016).

Por outro lado, as mulheres são menos vulneráveis a acidentes, homicídios e suicídios, bem como tendem a maior receptividade aos cuidados em saúde. No que tange às diferenças biológicas, existem teorias de que a segunda cópia dos genes no cromossomo X e as peculiaridades endócrinas protegem o sexo feminino. Os estrogênios, hormônios femininos, conferem proteção ao endotélio contra a placa ateromatosa – fato que se traduz em uma vantagem protetora para o sistema cardiovascular (DAVIS; LOBACH; DUBAL, 2019; LASTRA *et al.*, 2019; RAHMAN; EFIRD; BYLES, 2019).

“As mulheres têm uma vantagem de sobrevivência robusta sobre os homens, porém os homens têm uma vantagem de saúde robusta sobre as mulheres” (AUSTAD; BARTKE, 2016, p. 44). A saúde robusta dos homens é atribuída à morte precoce que, muitas vezes, os resguarda de doenças crônicas e seus agravos. A expectativa de vida prolongada das mulheres leva ao aumento populacional significativo delas nos estágios mais tardios do ciclo vital. Este contingente expressivo de idosas na população é chamado de feminização da velhice (DAVIDSON; DIGIACOMO; MCGRATH, 2011).

De acordo com Salgado (2002, p. 9), “o fato mais significativo e simples sobre a velhice é que a população idosa é predominantemente feminina”. Os dados do IBGE indicaram que 56% dos idosos brasileiros são do sexo feminino (IBGE, 2019). Com base nos dados de âmbito nacional da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), Souza *et al.* (2019) apontaram proporções próximas, sendo que 59,2% da amostra de idosos eram mulheres.

Em média, as mulheres vivem de 4 a 7 anos a mais quando comparadas aos homens (GINTER; SIMKO, 2013). Porém, viver mais nem sempre é sinônimo de viver melhor. No decorrer da vida, podem-se acumular desvantagens oriundas da baixa escolaridade, redução da renda, falta de apoio social, mudança e perda de papéis, acesso limitado a bens e serviços, agravos da saúde, discriminação, violência, excesso de atribuições e solidão pela viuvez (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A feminização da velhice está associada à viuvez. Este evento pode interferir em aspectos sociais e psicológicos dos indivíduos. Muitas vezes, a perda do cônjuge leva à mudança de residência – transferência para a casa de um filho ou parente próximo e a alterações na rotina e nas atividades cotidianas – especialmente nas atividades que eram realizadas com o companheiro. Além disso, não se pode desconsiderar o sofrimento causado pelo falecimento do cônjuge (CARVALHO *et al.*, 2019).

Considerando os aspectos que envolvem a mulher idosa, a viuvez pode ser percebida como tragédia ou como uma libertação. Toda mudança significativa na vida pode tanto trazer sentimentos positivos como de esperança e de perspectivas positivas de futuro, como sentimentos negativos como de estresse, insegurança e ansiedade, que por sua vez podem levar a problemas de saúde mental e doenças somáticas (CARVALHO *et al.*, 2019; GALICIONI; LOPES; RABELO, 2012; GONZÁLEZ; PINTO; FIÚZA, 2020; CARRIÇO; NEVES, 2014; RUBIO; WANDERLEY; VENTURA, 2011). Ainda, Carvalho *et al.* (2019) apontam que as idosas viúvas associam a ausência do companheiro com o surgimento de dificuldades importantes, capazes de interferir negativamente na percepção de sua situação de saúde.

De forma geral, as mulheres idosas apresentam taxas mais elevadas de doenças físicas e relatam maiores dificuldades em uma ampla gama de atividades sociais; além disso, elas passam por maior número de consultas médicas, têm temporadas mais extensas em hospitalizações e tomam mais medicamentos que os homens (AUSTAD; BARTKE, 2016).

É importante que as sociedades civil e acadêmica garantam visibilidade ao fato de que as mulheres idosas ainda fazem parte de uma maioria ignorada. Questões emocionais, econômicas e físicas permanecem pouco estudadas em termos de especificidades. Nesta perspectiva, este estudo pretende fazer um recorte de sexo e contribuir com dados e evolução do conhecimento sobre as mulheres idosas.

1.3 Fatores emocionais e envelhecimento

Envelhecer resulta em mudanças nos aspectos fisiológico, psicológico, ocupacional e social. Estas mudanças podem ter consequências emocionais positivas ou negativas. Ao longo do ciclo vital, as várias situações que requerem

adaptações podem ser oportunidades de aprendizado e de crescimento ou ser gatilhos para o estresse e a depressão. Eventos adversos podem levar pessoas resilientes a novas oportunidades, estreitamento dos relacionamentos, reorganização de prioridades, apreciação da vida, aprofundamento da espiritualidade, sentimentos de confiança e esperança no futuro (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019; WALSH, 2007).

Desta forma, os fatores emocionais e as crenças dos indivíduos vão proporcionar significado positivo ou negativo para a vida. O envelhecimento saudável pressupõe que o indivíduo preserva o seu potencial de desenvolvimento durante todo o curso de vida, por meio de aprendizagem com as adversidades, perspectivas positivas de vida e equilíbrio entre limitações e potencialidades. Nesta ótica, o declínio das funções biológicas na velhice deve ser acompanhado pela otimização seletiva e compensação (BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2006).

Os fatores emocionais e as perspectivas do indivíduo sejam elas positivas ou negativas, vão influenciar percepções e até condições de saúde. Fatores como a regulação emocional e espiritual ou a sabedoria são importantes para a manutenção positiva do bem-estar e da saúde. A percepção dos ganhos e das perdas evolutivas do envelhecimento é resultante da interação entre o ambiente e os fatores biológicos e emocionais, tais como esperança, depressão e estresse (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019).

Dentre as adversidades da velhice, destaca-se o convívio com as doenças crônicas e de saúde mental. Apesar do envelhecimento não levar necessariamente a presença de doenças e incapacidades, o avanço da idade é um forte preditor de morbidade e multimorbidade. Lee, Park e Lee (2020) descreveram que 46,4% das pessoas com 40 anos ou mais apresentam doenças crônicas, das quais 21,4% tinham duas ou mais doenças crônicas.

Em um estudo transversal em uma coorte de base nacional da população brasileira não institucionalizada, 67,8% das pessoas com 50 anos ou mais têm duas ou mais doenças e 47,1% têm três ou mais (NUNES *et al.*, 2018). Assim, é necessário o aprimoramento do conhecimento dos fatores que se associam às doenças comuns na velhice, especialmente no que tange o sexo mais prevalente - o feminino (AUSTAD; BARTKE, 2016).

A incidência de depressão é 1,44 vezes maior em indivíduos que têm uma doença crônica e 2,25 vezes maior nos indivíduos com duas ou mais doenças crônicas (MATIAS *et al.*, 2016). Na população idosa, a depressão é uma doença prevalente e recorrente, porém frequentemente subdiagnosticada e subtratada (LIMA *et al.*, 2018).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a depressão é um transtorno de humor que se apresenta por meio de uma combinação de sintomas afetivos tais como perda de interesse ou prazer (anedonia), sentimentos de desvalia, tristeza, culpa, inutilidade, autoestima diminuída, autocríticas, pessimismo, pensamentos de morte (medo de morrer e/ou ideação suicida) e alterações somáticas – como cefaleia, epigastralgia, tensão muscular, dores, distúrbios no sono, alterações de apetite, cansaço e baixa concentração. Os episódios têm pelo menos duas semanas de duração e remissões entrepostas. A depressão tem consequências negativas na funcionalidade social, cognitiva e física (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2019; ZIS *et al.*, 2017).

Além de doenças cardiovasculares, respiratórias, câncer e diabetes mellitus, os transtornos psiquiátricos – como a depressão, ansiedade e estresse, comumente acometem os idosos. Uma metanálise publicada por Lim *et al.* (2018) apontou que a prevalência de depressão foi de 12,9% em comunidades de 30 países entre 1994 e 2014. Entre os idosos, de 10,0% a 15,0% apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos (KOK; REYNOLDS, 2017).

Estudos populacionais brasileiros apontam prevalências de sintomas depressivos entre idosos, quando aplicados instrumentos de rastreio, que variam entre 13,0% e 38,0% (NUNES *et al.*, 2018). Em uma coorte de base nacional do estudo Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), Nunes *et al.* (2018) descreveram que, dentre as morbidades dos indivíduos com 50 anos ou mais, a depressão se sobressai por atingir 18,6% da amostra estudada.

Além da depressão, o estresse também é uma variável emocional importante no contexto do envelhecimento. O estresse, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), consiste no desenvolvimento de sintomas emocionais, somáticos, cognitivos ou comportamentais transitórios que ocorrem como consequência da exposição a um evento ou situação considerada ameaçadora

(OMS, 2019). O estresse altera o funcionamento dos sistemas nervoso, endócrino, imune e cardiovascular que se mobilizam para reagir ao evento ou agente opositor. Em condições normais, as alterações sistêmicas causadas pelo estresse têm o objetivo de defesa, adaptação e homeostase do organismo. Portanto, em tese, o estresse é benéfico. A resposta varia de acordo com sua intensidade e deveria diminuir após a eliminação da situação ameaçadora (COOL; ZAPPETTI, 2019; MCEWEN; AKIL, 2020).

O estresse pode desencadear reações de alarme, resistência e exaustão. As reações de alarme levam o organismo a usar seus recursos disponíveis para que ocorra adaptação e equilíbrio fisiológico. Passada esta fase, o indivíduo tende a menor vulnerabilidade ao agente agressor e à resiliência. A resistência decorre da manutenção dos aspectos negativos do agente estressor, fazendo com que o organismo passe considerar que a superação está além da sua capacidade. A exaustão é consequência da cronicidade de exposição ao agente agressor sem que o organismo disponha de recursos para superá-lo. Como consequência, ocorre uma desregulação neuroendócrina, na qual há ativação do sistema adrenérgico, aumento da produção do hormônio cortisol, inibição da resposta imunológica e alterações no sistema cardiovascular. Em uma espiral descendente, o organismo fica mais susceptível às doenças (ANTUNES, 2019; STANGOR; WALINGA, 2019).

O estresse pode ser classificado em físico, psicológico ou misto. O estresse físico decorre de condições que afetam os sistemas fisiológicos como lesão, choque, extremos de temperatura, distúrbios do sono, doença ou dor. O psicológico é derivado de eventos que afetam o emocional do indivíduo, como luto, mudanças repentinas de vida, responsabilidades laborais, dificuldades financeiras, conflitos familiares, mudanças na estrutura familiar, viuvez, entre outros. O estresse misto resulta da combinação do estresse físico e psicológico (STANGOR; WALINGA, 2019).

A ocorrência de estresse na velhice está associada com presença de doença crônica, incapacidade funcional, perda do cônjuge, isolamento social e familiar, dificuldades financeiras, mudanças de papéis sociais devido à aposentadoria e morte de familiares próximos e/ou amigos. No entanto, a maneira como o idoso lida com agentes estressores é o determinante para a adaptação, resiliência ou agravos em saúde (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019; FONTES; NERI, 2015).

Segundo Moreno *et al.* (2019), o estresse pode afetar a qualidade do sono, a capacidade de concentração, o desempenho funcional, a performance cognitiva e até a qualidade dos relacionamentos sociais. Além disso, pesquisadores demonstraram, por meio de um modelo animal, que o estresse ao longo da vida pode acarretar em prejuízos da função cognitiva na velhice (SARAIVA *et al.*, 2015).

Segundo Silva, Leonildo e Freitas (2015), atualmente há uma "epidemia mundial" de estresse que merece atenção e investigação. Os países com maior número relativo de pessoas acometidas pelo estresse no mundo são: Japão, Brasil, China, Estados Unidos e Alemanha – estes têm, respectivamente, 70%, 30%, 24%, 20% e 17% da população acometidos pela doença (SILVA; LEONIDIO; FREITAS, 2015). Melo *et al.* (2013), por meio de dados do Estudo de Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) descreveram que 39,0% dos idosos apresentavam estresse, sendo 34,2% em nível mediano e 4,8% em nível alto. Os eventos estressores mais importantes descritos pelos autores foram morte de amigo ou parente, problemas de memória, doenças e quedas.

Na via oposta do estresse e da depressão, estão os fatores emocionais positivos como a esperança que pode influenciar favoravelmente a saúde, o estado mental e o bem-estar. Segundo Snyder, Rand e Sigmon (2018), a esperança é um estado motivacional positivo com disponibilidade de energia direcionada para mobilização que vise o alcance das metas. Em outras palavras, é uma projeção favorável do futuro, em que o sujeito atua ativamente para o enfrentamento de adversidades.

A esperança é um sentimento de convicção de que as circunstâncias da vida, ainda que hostis, podem ser modificadas. Ter esperança significa olhar para além das oportunidades, mesmo em tempos difíceis, com o propósito de mudar uma situação para algo melhor (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011; SARTORE; GROSSI, 2008). A esperança demanda perseverança, pois exige a crença em resultados prósperos mesmo quando há indicações do oposto. Indivíduos que apresentam elevados níveis de esperança demonstram melhor ajustamento psicológico, menor probabilidade de doenças mentais e maior habilidade para resolução de problemas (FONSECA *et al.*, 2015).

A esperança foi reconhecida com valor terapêutico para doenças crônicas (CHEN, 2003). Para pessoas doentes, a esperança é tida como força interior promotora de vida, facilitadora da transcendência e da transição para uma nova

consciência e enriquecimento do ser (MARTINS *et al.*, 2017). A relação entre a esperança e a espiritualidade já foi identificada anteriormente. A dimensão espiritual é considerada um recurso de esperança, uma vez que, em momentos difíceis, os indivíduos passam a buscar uma maior aproximação com a fé e crenças como ferramenta de enfrentamento (SOUZA *et al.*, 2017).

Estudos relacionados a fatores emocionais negativos, como sintomas depressivos, estresse e ansiedade, são abundantes na literatura (AKRAM; MALIK, 2019; BAUER *et al.*, 2016; DOMENICHELLO; RAMSDEN, 2019; HUMO; LU; YALCIN, 2019; STOMPÓR *et al.*, 2019; TERASSI *et al.*, 2020 ZIS *et al.*, 2017). Contudo, o número de estudos sobre esperança e dor é reduzido. Katsimigos, O'Beirne e Harmon (2020), em uma revisão sobre esperança e dor crônica por meio dos termos "esperança" e "desesperança" em conjunto com "dor crônica", "controle da dor" e "redução da dor" encontraram somente sete publicações para análise. Os autores concluíram que os estudos ainda são escassos, que existem lacunas importantes sobre o tema e apontam a esperança como uma variável capaz de interferir na percepção de dor e na saúde dos indivíduos.

1.4 Dor e envelhecimento

Ao longo da história, a dor foi conceituada de diversas maneiras por filósofos, poetas, fisiologistas experimentais e profissionais da saúde. Em 1979, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) na tentativa de fornecer aos clínicos uma caracterização universal da experiência humana da dor, definiu-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos teciduais reais ou potenciais. Esta definição é a mais conhecida e divulgada no meio científico e acadêmico, sendo inclusive adotada pela Organização Mundial da Saúde (COHEN; QUINTNER; VAN RYSEWYK, 2018).

A partir de então vários autores publicaram pontos críticos e reflexões para evolução do constructo. Um contraponto importante é o descritor "desagradável", considerado insatisfatório diante da gama de descritores apontados pela literatura. Além disso, somente "desagradável" tende a banalizar o sofrimento que a dor pode causar. Outro item polêmico é a sua vinculação ao fenômeno de nocicepção por meio do dano tecidual. Esta associação omite as dimensões subjetivas e emocionais da dor (WILLIAMS; CRAIG, 2016). Recentemente, Cohen, Quintner e Van Rysewyk (2018, p. 6) publicaram uma definição atualizada em que descrevem a dor como

“uma experiência somática reconhecível que reflete a apreensão de uma pessoa de ameaça à sua integridade corporal ou existencial”.

Existem dois tipos de dor – aguda e crônica. A dor aguda está intimamente relacionada com o estímulo agressor ou lesão e tem sua duração limitada a estes. De modo contrário, a dor crônica persiste além do tempo de cura da lesão. A IASP preconiza este tipo de dor como aquela que tem duração igual ou superior a seis meses, com caráter contínuo ou recorrente – três episódios em três meses. A dor crônica pode trazer múltiplas consequências como diminuição da qualidade de vida, alterações de humor, prejuízo funcional, distúrbios do sono e de apetite (ALVES *et al.*, 2019; DONATTI *et al.*, 2019; FERRETTI *et al.*, 2018; TERASSI *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2018).

Em revisão de literatura com o objetivo de estimar a prevalência de dor crônica na população brasileira, Vasconcelos e Araújo (2018) apontaram que a prevalência mundial de dor crônica para a população geral é descrita entre 10,1% e 55,5%, com uma média de 35,5%. Estes autores analisaram 10 artigos, com dados do Brasil, nos quais a prevalência nacional variou de 29,3% a 73,3%, tendo afetado mais o sexo feminino que o masculino. Entre os idosos, a prevalência de dor crônica aumenta significativamente e é estimada entre 25% e 85% (STOMPÓR *et al.*, 2019). Nos indivíduos acima de 60 anos residentes na comunidade, estudos brasileiros observaram alta prevalência de dor crônica variando entre 51% e 67% (DELLAROZA *et al.*, 2013).

A literatura aponta uma série de fatores demográficos, físicos, psicológicos e sociais associados à dor crônica. Um estudo de Newman *et al.* (2017) observou que, em contexto de baixa renda, a percepção de dor crônica está associada a fatores psicológicos e características demográficas como idade, alfabetização e situação de pobreza. Grol-Prokopczyk (2017), em pesquisa do *Health and Retirement Study* (1998-2010; n=19776) para descrever as disparidades de dor crônica entre adultos com mais de 51 anos, apontou que as variáveis sexo feminino, status socioeconômico baixo, idade avançada e nível educacional baixo têm relação com a percepção de dor. .

Muitos estudos descrevem associação entre dor e sintomas depressivos (DONATTI *et al.*, 2019; TERASSI *et al.*, 2020). O declínio de reserva funcional, alterações da farmacocinética e farmacodinâmica, a polifarmácia e a concomitância de diversas morbidades aumentam o risco do idoso apresentar dor – sendo a dor,

por vezes a causa e outras a consequência destes eventos. Além disso, um estudo demonstrou que indivíduos com dor crônica podem apresentar redução considerável da força e desempenho muscular, sendo que um terço das mulheres diagnosticadas com dor crônica apresentavam força muscular ou flexibilidade reduzidas em membros superiores, o que prejudicava a realização de tarefas diárias (SOBRINHO *et al.*, 2019).

O significado da dor pode ser influenciado por questões culturais e sociais que acabam por permitir à mulher uma expressão ou manifestação mais aberta ou de aceite da dor, enquanto se encorajam os homens a subvalorizá-la. Ainda, fatores psicológicos podem influenciar a forma como o sujeito percebe a dor. Portanto, a saúde psicológica e mental devem ser consideradas como um elemento que pode influenciar na causa, na intensidade e continuidade da dor (DONATTI *et al.*, 2019; ARAUJO *et al.*, 2018).

Importante acrescentar que o sexo feminino está fortemente associado à dor e à depressão, sendo mais provável que as mulheres que sofrem de dor crônica também sofram de depressão e de ansiedade, se configurando como um importante tema para estudo no contexto demográfico atual (ZIS *et al.*, 2017).

Embora existam lacunas no entendimento dos mecanismos relacionados às diferenças específicas do sexo na percepção e na prevalência da dor, a literatura recente aponta que as mulheres apresentam limiares de tolerância mais baixos, estão mais propensas à desagradabilidade e relatam maior incapacidade relacionada à dor do que os homens. Por outro lado, elas têm maior probabilidade de buscar tratamento para a dor (MILLS; NICOLSON; SMITH, 2019).

Os hormônios ovarianos desempenham um papel importante na percepção da dor e são responsáveis, pelo menos em parte, pelas diferenças dos limiares de dor entre os sexos (CRAFT, 2007; PAREDES *et al.*, 2019). Além disso, o estrogênio modula as redes e os processos cerebrais relacionados às mudanças na resposta ao estresse, cognição e desregulação emocional (ALBERT; NEWHOUSE, 2019).

Diante da importância dos fatores emocionais positivos e negativos nos desfechos em saúde e que fatores emocionais e a dor são experimentados de maneiras diferentes entre os sexos, este estudo pretende contribuir para a construção do conhecimento acerca da relação dos fatores emocionais na presença de dor crônica em idosas do sexo feminino.

Tem-se como hipótese que as idosas que possuem dor crônica apresentem níveis mais elevados de estresse, maior número de sintomas depressivos e menores escores de esperança quando comparada com as idosas sem dor crônica. Desta forma, o estudo busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Existe diferença no perfil sociodemográfico e nos fatores emocionais de idosas com ou sem dor crônica?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar se existe associação entre dor crônica, características sociodemográficas e fatores emocionais em idosas da comunidade atendidas em Unidades de Saúde da Família (USFs) no município de São Carlos-SP.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar, identificar e descrever a prevalência de dor crônica em idosas, e caracterizá-la por meio de um instrumento específico.

Caracterizar o perfil sociodemográfico, comparar e identificar variáveis sociodemográficas que se diferem segundo a presença ou não de dor crônica.

Caracterizar a prevalência de sintomas depressivos leves e severos na amostra.

Descrever níveis de estresse e de esperança da amostra.

Comparar os sintomas depressivos (em frequência e em quantidade), os níveis de estresse e de esperança em idosas segundo a presença ou não de dor crônica.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, fundamentado no método quantitativo de investigação.

3.2 Local e período do estudo

Este estudo foi realizado nas abrangências das USFs de São Carlos, município de porte médio, localizado no interior do estado de São Paulo (SP). Em 2010, o número total de habitantes de São Carlos era de 221.692 e o total de

peças com 60 anos ou mais era de 28.620, o que correspondia a 12,91% da população total. Em 2020, a população passou para 242.632 e, destes, 40.883 eram idosos – o que representa 16,85% da população (FUNDAÇÃO SEADE, 2010; 2020).

A coleta de dados foi realizada em Abril de 2014 à Julho de 2015. Na época, o município contava com 16 USFs. Atualmente, a cidade dispõe de 21 USFs, sendo duas localizadas em área rural. Em Abril de 2014, a cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família era de 58.650 e de equipes de Atenção Básica era de 112.650 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2020; BRASIL, 2017).

3.3 Participantes

A amostra foi constituída por idosas que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ter 60 anos ou mais de idade e estar cadastrada nas áreas de abrangência das USFs do município de São Carlos.

Os critérios de exclusão foram: apresentar dor aguda, problemas auditivos como surdez ou deficiências auditivas e/ou de linguagem como afasia ou apraxia da fala que impedissem a aplicação dos instrumentos. Dezenove idosas foram excluídas das análises por estes critérios.

A partir do número total aproximado de idosos atendidos nas USFs do município de São Carlos (n=9882) e da estimativa de que 56% eram do sexo feminino (n=5534), calculou-se que 243 idosas constituíram uma amostra com nível de confiança de 95% e margem de erro de 7,0%¹.

As idosas cadastradas nas USFs do município de São Carlos, que aceitaram participar da pesquisa, foram divididas em dois grupos comparativos, assim denominados:

- (a) Grupo que apresenta dor crônica (n= 151),
- (b) Grupo que não apresenta dor crônica (n= 92).

3.4 Procedimentos para coleta de dados

Foi solicitada a cada uma das USFs do município uma relação dos domicílios que continham idosos com seus respectivos nomes, idades e endereços para a realização do primeiro contato. Em posse dessa lista, as casas foram visitadas e os moradores esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos e

¹ Cálculo realizado por meio da plataforma Survey Monkey®, disponível em <<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/#>>. Acesso em: Junho, 2020.

convidados a responder os instrumentos de coleta de dados. Em caso de aceite, foi agendado um horário para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

3.5 Aspectos éticos

Todas as diretrizes éticas contidas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos estão sendo respeitadas durante a realização deste estudo (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (parecer 711.592, CAAE 22956313.6.0000.5504) e faz parte das atividades do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, consultados sobre a disponibilidade em participar, assegurados do sigilo das informações individuais e do direito de interromper sua participação a qualquer momento durante a coleta de dados, sem compromisso de justificativa. É importante ressaltar que os indivíduos somente participaram da pesquisa após darem seu consentimento mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante. Neste estudo não foi observado qualquer tipo de dano físico ou psíquico.

Todos os instrumentos escolhidos para a realização da coleta de dados foram validados para a cultura brasileira e são amplamente utilizados no meio acadêmico-científico.

3.6 Instrumentos para coleta de dados

3.6.1 Questionário de caracterização sociodemográfica da idosa (APÊNDICE A)

Este questionário incluiu as seguintes variáveis: idade (em anos), estado civil (casada/companheira, solteira, viúva ou divorciada/separada/desquitada), escolaridade (em anos), raça/cor da pele (branca, parda, preta, amarela ou indígena), religião (tem ou não tem; se tem, qual e se pratica ou não pratica), aposentadoria (sim ou não), renda individual e familiar (em reais, se considera suficiente: sim ou não) e plano de saúde (tem ou não tem).

3.6.2 Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) (ANEXO A)

A EMADOR foi elaborada e validada por Sousa *et al.* (2010) com o intuito de avaliar o constructo da dor por meio do rastreio, quantificação de intensidade, classificação, descrição e localização. Os descritores constantes na escala permitem analisar as dimensões sensitiva, afetiva e cognitiva da dor. Trata-se de um instrumento prático, confiável, sensível e válido, que apresenta um rigor metodológico, replicabilidade para pesquisa científica, possibilidade de acompanhamento e de análise do efeito de fármacos e terapias diversas (SOUSA *et al.*, 2010).

O instrumento é composto por quatro partes. A primeira parte consiste no rastreio (ausência ou presença da dor) e, se presente, na caracterização da dor (crônica ou aguda). A segunda trata da intensidade numérica da dor sendo representada por uma escala numérica que varia de zero a 10, na qual zero indica “sem dor” e 10 “dor máxima”. A terceira retrata a dor segundo descritores preestabelecidos: deprimente, persistente, angustiante, desastrosa, prejudicial, dolorosa, insuportável, assustadora, cruel e desconfortável. A quarta parte se refere à localização da dor que deve ser apontada em uma imagem frontal e dorsal do corpo humano (SOUSA *et al.*, 2010).

Os escores numéricos de intensidade da dor são classificatórios. Esta classificação foi estabelecida em “nenhuma dor” quando a resposta for zero; “dor leve” quando a intensidade é quantificada entre 1 e 3; “dor moderada” entre 4 e 6; “dor intensa” entre 7 e 9 pontos e “dor insuportável” quando a resposta for 10 (SOUSA *et al.*, 2010).

3.6.2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO B)

A versão da GDS utilizada neste estudo foi proposta por Yesavage e Sheikh (1986). Composta por 15 itens referentes a sintomas depressivos, tem perguntas de fácil entendimento e respostas em formato dicotômico. Sua aplicação é simples e pode ser usada até mesmo em autoavaliação. O tempo gasto para a aplicação é curto, sendo útil para uso em ambulatórios gerais, ambientes não-especializados e protocolos de pesquisa (YESAVAGE; SHEIKH, 1986; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

No contexto brasileiro, estudos de confiabilidade da escala demonstraram que a GDS-15 produziu bons índices de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-10. Ainda, foi observado que os escores da escala se correlacionavam de forma significativa com

os escores da *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) e a avaliação da consistência interna obtida por meio do coeficiente alfa de Cronbach revelou índices de confiabilidade elevados (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Os escores são considerados segundo a somatória dos itens (não=0, sim=1), com as questões 1, 5, 7, 11 e 13 em escala invertida. Os escores finais variam de zero a 15 pontos, sendo que os mais elevados significam maior número de sintomas depressivos. As categorias de análise são agrupadas da seguinte forma: normal para escores de zero a 5 pontos, sintomas depressivos leves de 6 a 10 pontos e sintomas depressivos severos de 11 a 15 pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

3.6.3 Escala de Estresse Percebido (PSS-14) (ANEXO C)

Esta escala foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) com o propósito de mensurar o estresse por meio da frequência em que os indivíduos percebem as situações estressantes em suas vidas. Por não conter questões específicas, esta é considerada uma escala geral e pode ser usada em diversos grupos etários e contextos (LUFT *et al.*, 2007).

Segundo Luft *et al.* (2007), a PSS-14 aplicada em idosos brasileiros apresentou consistência interna, validade de construto e resultados semelhantes aos que deram origem à versão original da escala. Desta forma, é válida para quantificar o estresse percebido nesta população. Esta versão foi usada neste estudo.

Constituída por 14 itens, é de aplicação simples e demanda pouco tempo. As variações de pontuação são consideradas segundo uma escala *likert* com opções de respostas variando de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 estão em escala invertida. Os escores finais não preveem domínios ou recortes classificatórios e variam de zero a 56 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas representam maior estresse percebido (LUFT *et al.*, 2007).

3.6.4 Escala de Esperança de Herth (EEH-12) (ANEXO D)

A versão da EEH com 12 itens usada neste estudo foi proposta por Herth (1992) para avaliar a esperança de adultos em contextos clínicos. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, podendo ser usado também no formato de autorrelato. Foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Sartori e Grossi (2008). As

propriedades psicométricas foram avaliadas pelos autores em uma amostra composta por indivíduos com doenças crônicas (câncer e diabetes) e acompanhantes destes pacientes (SARTORE; GROSSI, 2008).

A análise da consistência interna da EEH-12 verificada pelo coeficiente Alpha de Cronbach foi satisfatória e o teste-reteste certificaram a estabilidade do instrumento. A validade de construto foi confirmada por meio da validade convergente com a Escala de Auto-Estima de Rosenberg e divergente com o Inventário de Depressão de Beck. Os dados obtidos demonstraram que a EEH-12 apresenta propriedades psicométricas adequadas para uso no contexto brasileiro (SARTORE; GROSSI, 2008).

A escala tem 12 itens originais traduzidos que são apresentados em afirmativas. As opções de resposta estão em escala tipo *Likert* de quatro pontos (discordo completamente=1, discordo=2, concordo=3, concordo completamente=4). Os itens 3 e 6 da escala apresentam pontuações invertidas. O escore total é alcançado pela somatória dos itens e varia de 12 a 48 pontos. As pontuações mais altas denotam níveis mais elevados de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008).

3.7 Análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 20.0. Não foi verificada a normalidade dos dados pelo teste Kolmogorov–Smirnov. Desta forma, foram realizadas as seguintes análises não-paramétricas:

- Para caracterizar a dor crônica das idosas: análises descritivas - frequência absoluta e relativa, média (M), mediana (Md) e desvio padrão (DP);
- Para estimar a prevalência de dor crônica e sintomas depressivos (leves ou severos) na amostra: análises descritivas - frequência absoluta e relativa, média (M), mediana (Md) e desvio padrão (DP);
- Para caracterizar o perfil sociodemográfico, de sintomas depressivos, estresse e esperança da amostra de idosas segundo a presença ou não de dor crônica: análises descritivas - frequência absoluta e relativa, média (M), mediana (Md) e desvio padrão (DP);
- Para comparar e identificar variáveis sociodemográficas que se diferem segundo a presença ou não de dor crônica: Teste de Qui-Quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para comparar as proporções das variáveis categóricas

(estado civil, raça/cor da pele, religião, aposentadoria, percepção de suficiência da renda, plano de saúde), e Teste de Mann-Whitney para comparar a média das variáveis contínuas (idade, escolaridade, renda individual e renda familiar);

- Para comparar a proporção de idosas com sintomas depressivos segundo a presença ou não de dor crônica: Teste de Qui-Quadrado de Pearson;

- Para comparar a quantidade de sintomas depressivos, níveis de estresse e esperança em idosas segundo a presença ou não de dor crônica: Teste de Mann-Whitney.

Foi considerado como nível de significância estatística o valor de 5% ($p < 0,05$).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação segundo a presença ou não de dor crônica em idosas

As idosas da amostra eram jovens, ou seja, possuíam média de idade inferior a 70 anos ($M=68,94$; $Md=67,00$; $DP=6,83$; $x_{mix}=60,00$; $x_{máx}=98,00$). A escolaridade era baixa ($M=3,72$; $Md=4,00$; $DP=3,38$; $x_{min}=0,00$; $x_{máx}=18,00$), o mesmo ocorria com a renda que individualmente era inferior ao salário mínimo vigente na época da coleta de dados e a renda familiar era, em média, de 2,9 a 3,1 salários mínimos² (renda individual: $M=640,21$; $Md=724,00$; $DP=730,78$; $x_{min}=0,00$; $x_{máx}=6000,00$; renda familiar: $M=2256,43$; $Md=1700,00$; $DP=1496,36$; $x_{min}=724,00$; $x_{máx}=10.000,00$).

As análises comparativas não revelaram diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis idades, escolaridade e renda ($p > 0,05$). Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis sociodemográficas contínuas segundo a presença ou não de dor crônica encontram-se na Tabela 1.

² O salário mínimo vigente na época da coleta de dados, 2014 e 2015, era de R\$ 724,00 e R\$ 788,00, respectivamente.

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

GRUPO	Sem Dor	Com Dor	Total	Análises Comparativas	
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	(n=92)	(n=151)	(n=243)	Mann-Whitney	
				U	p
Idade (anos)				6280,00	0,209
Média	69,45	68,63	68,94		
Mediana	68,00	67,00	67,00		
DP	6,74	6,89	6,83		
Mínimo	60,00	60,00	60,00		
Máximo	98,00	95,00	98,00		
Escolaridade (anos)				6164,50	0,131
Média	3,20	4,03	3,72		
Mediana	3,00	4,00	4,00		
DP	2,90	3,62	3,38		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	18,00	16,00	18,00		
Renda Individual (reais)				6085,50	0,323
Média	704,14	603,38	640,21		
Mediana	724,00	724,00	724,00		
DP	854,65	649,05	730,00		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	6000,00	4500,00	6000,00		
Renda Familiar (reais)				5394,00	0,271
Média	2331,28	2214,90	3356,43		
Mediana	1824,00	1539,00	1700,00		
DP	1515,25	1489,39	1496,36		
Mínimo	724,00	724,00	724,00		
Máximo	10000,00	10000,00	10000,00		

No que se refere às variáveis sociodemográficas categóricas, as idosas da amostra eram predominantemente casadas (90,9%, n=221), brancas (68,3%, n=166), católicas (64,6%, n=157), praticantes de uma religião (81,1%, n=197), aposentadas (61,3%, n=149), com renda considerada insuficiente para suprir as necessidades (52,7%, n=128) e sem plano de saúde (80,7%, n=196).

As análises comparativas não revelaram diferenças significativas entre os grupos com e sem dor crônica em relação a variáveis sociodemográficas categóricas, exceto para a religião e a percepção de suficiência da renda ($p=0,021$ e $p=0,006$). As idosas com dor crônica eram em sua maioria evangélicas ou espíritas. Além disso, a renda era percebida como insuficiente para suprir as necessidades na maior parte do grupo com dor crônica. Fato contrário ocorria com as idosas sem dor crônica que em sua maioria percebiam sua renda como suficiente. Os dados

descritivos e comparativos completos das variáveis sociodemográficas categóricas segundo a presença ou não de dor crônica encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

GRUPO	Sem Dor	Com Dor	Total	Análises Comparativas		
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	n (%)	n (%)	n (%)	Qui-Quadrado de Pearson		
				X²	gl	p
Estado Civil				1,857	3	0,603
Casada/Com companheiro	84 (91,3)	137 (90,7)	221 (90,9)			
Solteira	2 (2,2)	5 (3,3)	7 (2,9)			
Separada/Divorciada	0 (0,0)	2 (1,3)	2 (0,8)			
Viúva	6 (6,5)	7 (4,6)	13 (5,5)			
Raça/Cor da Pele				3,781	4	0,437
Branca	64 (69,6)	102 (67,5)	166 (68,3)			
Preta	6 (6,5)	17 (11,3)	23 (9,5)			
Mulata/Cabocla/Parda	221 (2,8)	31 (20,5)	52 (21,4)			
Indígena	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,4)			
Amarela	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (0,4)			
Religião				16,444	7	0,021
Católica	71 (77,2)	86 (57,0)	157 (64,6)			
Evangélica	14 (15,2)	46 (30,5)	60 (24,7)			
Congregação Cristã	3 (3,3)	5 (3,3)	8 (3,3)			
Adventista	1 (1,1)	4 (2,6)	5 (2,1)			
Espírita	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)			
Budista	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (0,4)			
Umbandista	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,4)			
Não tem religião	2 (2,2)	2 (1,3)	4 (1,6)			
Praticante				1,583	2	0,453
Não	20 (21,7)	25 (16,6)	45 (18,5)			
Sim	72 (78,3)	125 (82,8)	197 (81,1)			
Não respondeu	-	1 (0,7)	1 (0,4)			
Aposentada				0,186	1	0,666
Não	34 (37,0)	60 (39,7)	94 (38,7)			
Sim	58 (63,0)	91 (60,3)	149 (61,3)			
Renda Suficiente				10,086	2	0,006
Não	39 (42,4)	89 (58,9)	128 (52,7)			
Sim	50 (54,3)	62 (41,1)	112 (46,1)			
Não respondeu	3 (3,3)	-	3 (1,2)			
Tem Plano de Saúde				1,614	1	0,204
Não	78 (84,8)	118 (78,1)	196 (80,7)			
Sim	14 (15,2)	33 (21,9)	47 (19,3)			

4.2 Prevalência e caracterização da dor crônica em idosas da comunidade

A prevalência de dor crônica da amostra foi de 57,6% (n=151) e a prevalência de dor aguda de 7,3% (n=19) – seguindo os critérios de exclusão, idosas com dor aguda não foram contempladas neste estudo. Sobre a intensidade de dor crônica, a dor descrita como intensa acometia a maior proporção da amostra (39,6%, n=59), seguida pela dor moderada (36,3%, n=54) e insuportável (13,4%, n=20). A distribuição das idosas segundo a intensidade da dor percebida é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das idosas segundo intensidade da dor percebida. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

INTENSIDADE DA DOR PERCEBIDA (n= 149)	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Nenhuma (0)	4	2,7
Leve (1 a 3)	12	8,0
Moderada (4 a 6)	54	35,8
Intensa (7 a 9)	59	39,0
Insuportável (10)	20	13,2
Não responderam	2	1,3

A despeito da caracterização da dor, os descritores mais frequentes foram “desconfortável” (93,4%, n=141), “dolorosa” (87,4%, n=132) e “persistente” (76,8%, n=116). Os descritores menos frequentes foram “assustadora” (68,2%, n=103), “desastrosa” (64,2%, n=97) e “cruel” (52,3%, n=79) (Tabela 4).

Tabela 4– Distribuição das idosas segundo a caracterização da dor. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

DESCRITOR DE DOR*	FREQUÊNCIA			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Deprimente	89	58,9	62	41,1
Persistente	116	76,8	35	23,2
Angustiante	89	58,9	62	41,1
Desastrosa	54	35,8	97	64,2
Prejudicial	96	63,6	55	36,4
Dolorosa	132	87,4	19	12,6
Insuportável	89	58,9	62	41,1
Assustadora	48	31,8	103	68,2
Cruel	72	47,7	79	52,3
Desconfortável	141	93,4	10	6,6

*As categorias não são mutuamente excludentes.

depressivos e de dor crônica. Destaca-se nos dados que no grupo de idosas sem dor, não havia pessoas com sintomas depressivos severos (0,0%, n=0) e a proporção de idosas com sintomas depressivos leves (13,0%, n=12) era significativamente menor quando comparada ao grupo de idosas com dor crônica – sintomas depressivos severos (6,0%, n=9) e sintomas depressivos leves (25,2%, n=38), ($X^2=12,035$; gl=2; p=0,002).

Tabela 5 – Distribuição das idosas segundo a presença ou não de sintomas depressivos e dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

GRUPO	Sem Dor	Com Dor	Total	ANÁLISE COMPARATIVA Qui-Quadrado de Pearson		
	n(%)	n(%)		X^2	gl	p
Classificação/GDS-15	n=92	n=151	n=243	12,035	2	0,002
Sintomas depressivos severos	0 (0,0)	9 (6,0)	9 (3,7)			
Sintomas depressivos leves	12 (13,0)	38 (25,2)	50 (20,6)			
Normal	80 (87,0)	104 (68,9)	184 (75,7)			
Total	92 (100,0)	151 (100,0)	243 (100,0)			

O escore total médio da amostra obtido por meio da GDS-15 foi de 3,91 pontos (Md=3,00; DP=2,90, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=13,00$). No grupo com dor, o escore total médio foi de 4,63 pontos (Md=4,00; DP=3,05, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=13,00$) e do grupo sem dor foi de 2,74 pontos (Md=2,00; DP=2,18, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=10,00$). Corroborando as análises comparativas de proporções apresentadas anteriormente, a diferença das médias dos grupos também foi significativa (U=4300,50; p<0,001) (Tabela 6, Figura 2).

Dados detalhados das análises descritivas e comparativas de cada item da GDS-15 segundo a presença ou não de dor crônica são apresentados na Tabela 6. As questões 1, 7 e 11 (respectivamente, “Você está satisfeito com sua vida?”, “Você se sente feliz a maior parte do tempo?” e “Você acha maravilhoso estar vivo?”) foram as que apresentaram maior frequência de respostas positivas independentemente do grupo (Tabela 6).

Importante salientar que, exceto para os itens 4, 9, 10 e 15 (“Você se aborrece com frequência?”, “Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?”, “Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?” e “Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?”) que não apresentaram diferenças significativas entre grupos, todos os demais diferenciavam

o grupo com dor crônica para uma condição desfavorável no que tange a presença do sintoma depressivo.

Tabela 6 – Análises descritivas e comparativas de cada item presente na Escala de Depressão Geriátrica segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

ITENS da GDS-15	Resposta	SEM DOR n(%) n=92	COM DOR n(%) n=151	TOTAL n(%) n=243	ANÁLISE COMPARATIVA Qui-Quadrado de Pearson																																																																																																																						
					X ²	gl	p																																																																																																																				
1- Você está satisfeito com sua vida?	Sim	89 (96,7)	124 (82,1)	213 (87,7)	11,292	1	0,001																																																																																																																				
	Não	3 (3,3)	27 (17,9)	30 (12,3)				2- Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	Sim	38 (41,3)	92 (60,9)	130 (53,5)	8,849	1	0,003	Não	54 (58,7)	59 (39,1)	113 (46,5)	3- Você sente que sua vida está vazia?	Sim	15 (16,3)	55 (36,4)	70 (28,8)	11,284	1	0,010	Não	77 (83,7)	96 (63,6)	173 (71,2)	4- Você se aborrece com frequência?	Sim	29 (31,5)	67 (44,4)	96 (39,5)	3,949	1	0,470	Não	63 (68,5)	84 (55,6)	147 (60,5)	5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	86 (93,5)	122 (80,8)	208 (85,6)	7,460	1	0,006	Não	6 (6,5)	29 (19,2)	35 (14,4)	6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	33 (35,9)	82 (54,3)	115 (47,3)	7,794	1	0,005	Não	59 (64,1)	69 (45,7)	128 (52,7)	7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)	8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036
2- Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	Sim	38 (41,3)	92 (60,9)	130 (53,5)	8,849	1	0,003																																																																																																																				
	Não	54 (58,7)	59 (39,1)	113 (46,5)				3- Você sente que sua vida está vazia?	Sim	15 (16,3)	55 (36,4)	70 (28,8)	11,284	1	0,010	Não	77 (83,7)	96 (63,6)	173 (71,2)	4- Você se aborrece com frequência?	Sim	29 (31,5)	67 (44,4)	96 (39,5)	3,949	1	0,470	Não	63 (68,5)	84 (55,6)	147 (60,5)	5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	86 (93,5)	122 (80,8)	208 (85,6)	7,460	1	0,006	Não	6 (6,5)	29 (19,2)	35 (14,4)	6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	33 (35,9)	82 (54,3)	115 (47,3)	7,794	1	0,005	Não	59 (64,1)	69 (45,7)	128 (52,7)	7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)	8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)								
3- Você sente que sua vida está vazia?	Sim	15 (16,3)	55 (36,4)	70 (28,8)	11,284	1	0,010																																																																																																																				
	Não	77 (83,7)	96 (63,6)	173 (71,2)				4- Você se aborrece com frequência?	Sim	29 (31,5)	67 (44,4)	96 (39,5)	3,949	1	0,470	Não	63 (68,5)	84 (55,6)	147 (60,5)	5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	86 (93,5)	122 (80,8)	208 (85,6)	7,460	1	0,006	Não	6 (6,5)	29 (19,2)	35 (14,4)	6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	33 (35,9)	82 (54,3)	115 (47,3)	7,794	1	0,005	Não	59 (64,1)	69 (45,7)	128 (52,7)	7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)	8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																				
4- Você se aborrece com frequência?	Sim	29 (31,5)	67 (44,4)	96 (39,5)	3,949	1	0,470																																																																																																																				
	Não	63 (68,5)	84 (55,6)	147 (60,5)				5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	86 (93,5)	122 (80,8)	208 (85,6)	7,460	1	0,006	Não	6 (6,5)	29 (19,2)	35 (14,4)	6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	33 (35,9)	82 (54,3)	115 (47,3)	7,794	1	0,005	Não	59 (64,1)	69 (45,7)	128 (52,7)	7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)	8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																
5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	86 (93,5)	122 (80,8)	208 (85,6)	7,460	1	0,006																																																																																																																				
	Não	6 (6,5)	29 (19,2)	35 (14,4)				6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	33 (35,9)	82 (54,3)	115 (47,3)	7,794	1	0,005	Não	59 (64,1)	69 (45,7)	128 (52,7)	7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)	8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																												
6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	33 (35,9)	82 (54,3)	115 (47,3)	7,794	1	0,005																																																																																																																				
	Não	59 (64,1)	69 (45,7)	128 (52,7)				7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)	8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																																								
7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	89 (96,7)	125 (82,8)	214 (88,1)	10,597	1	0,001																																																																																																																				
	Não	3 (3,3)	26 (17,2)	29 (11,9)				8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)	9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																																																				
8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	9 (9,8)	32 (21,2)	41 (16,9)	5,306	1	0,021																																																																																																																				
	Não	83 (90,2)	119 (78,8)	202 (83,1)				9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)	10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																																																																
9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	42 (45,7)	84 (55,6)	126 (51,9)	2,279	1	0,131																																																																																																																				
	Não	50 (54,3)	67 (44,4)	117 (48,1)				10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)	11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																																																																												
10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	22 (23,9)	47 (31,1)	69 (28,4)	1,463	1	0,226																																																																																																																				
	Não	70 (76,1)	104 (68,9)	174 (71,6)				11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																																																																																								
11- Você acha maravilhoso estar	Sim	92 (100,0)	144 (95,4)	236 (97,1)	4,391	1	0,036																																																																																																																				
	Não	0 (0,0)	7 (4,6)	7 (2,9)																																																																																																																							

vivo?							
12- Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim	7 (7,6)	32 (21,2)	39 (16,0)	7,829	1	0,005
	Não	85 (92,4)	119 (78,8)	204 (84,0)			
13- Você se sente cheio de energia?	Sim	81 (88,0)	108 (71,5)	189 (77,8)	9,027	1	0,003
	Não	11 (12,0)	43 (28,5)	54 (22,2)			
14- Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim	7 (7,6)	26 (17,2)	33 (13,6)	4,499	1	0,034
	Não	85 (92,4)	125 (82,8)	210 (86,4)			
15- Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim	27 (29,3)	50 (33,1)	77 (31,7)	0,374	1	0,541
	Não	65 (70,7)	101 (66,9)	166 (68,3)			
					ANÁLISE COMPARATIVA Mann-Whitney		
					U	p	
PONTUAÇÃO TOTAL DA GDS-15	Média	2,74	4,63	3,91	4300,50		<0,001
	Mediana	2,00	4,00	3,00			
	Desvio Padrão	2,18	3,05	2,90			
	Mínimo	0,00	0,00	0,00			
	Máximo	10,00	13,00	13,00			

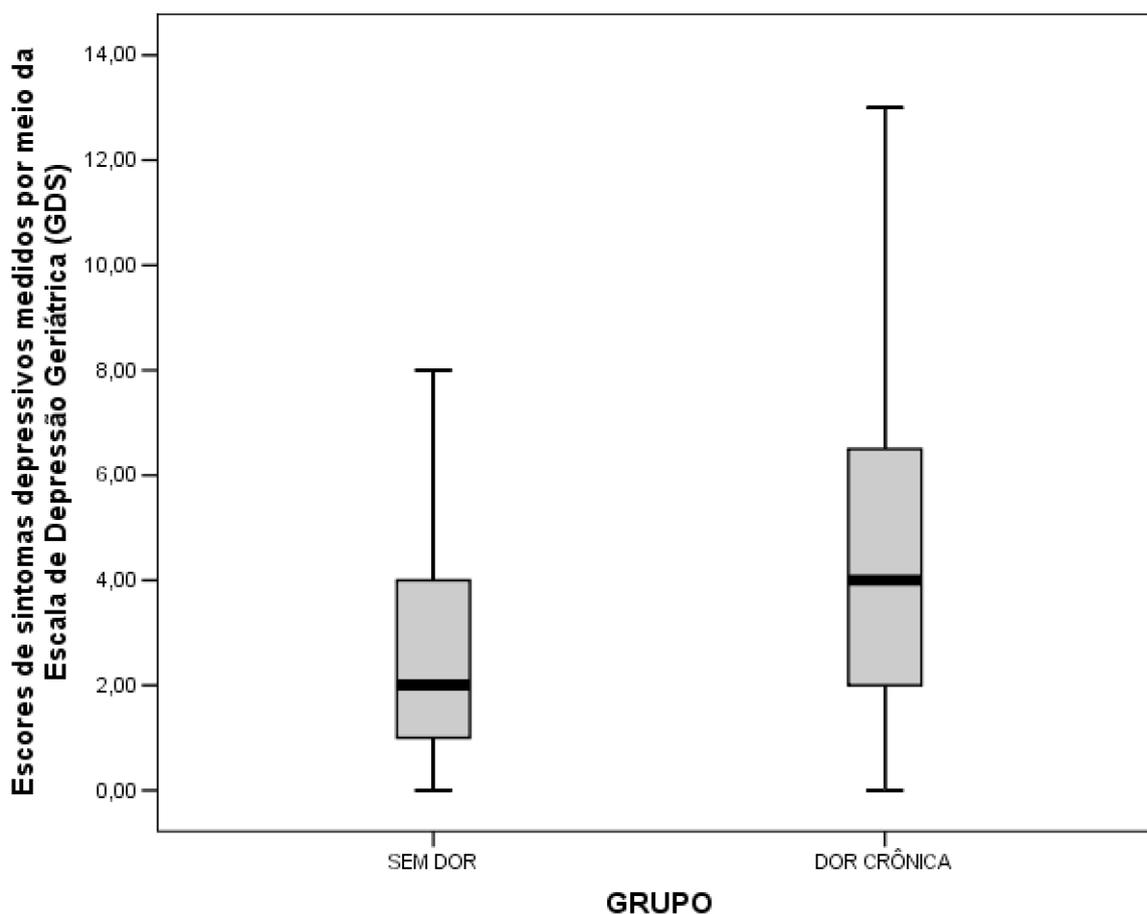


Figura 2 – Comparativo dos escores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica das idosas sem dor crônica e com dor crônica – São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

4.4 Caracterização e análise comparativa dos níveis de estresse segundo a presença ou não da dor crônica em idosas da comunidade

O escore total médio dos níveis de estresse da amostra obtido por meio da PSS-14 foi de 19,43 pontos (Md=19,00; DP=9,87, x_{\min} =2,00, x_{\max} =56,00). O grupo com dor apresentou o escore total médio mais elevado – 21,07 pontos (Md=20,00; DP=10,2, x_{\min} =2,00, x_{\max} =56,00) quando comparado ao grupo sem dor – 16,73 pontos (Md=16,00; DP=8,60, x_{\min} =2,00, x_{\max} =42,00). Esta diferença entre grupos foi significativa (U=5604,00; p=0,011) (Tabela 7, Figura 3).

Os dados detalhados das análises descritivas e comparativas de cada item da PSS-14 segundo a presença ou não de dor crônica estão na Tabela 7. Vale observar que as questões 1, 11 e 12 (respectivamente, “Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?”, “Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?” e “Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?”) foram as que apresentaram maior média. Já os itens 6, 9 e 13 (respectivamente, “Você tem se sentido confiante na sua

habilidade de resolver problemas pessoais?”, “Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?” e “Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?”) foram os que apresentaram menor média (Tabela 6).

Tabela 7 – Análises descritivas e comparativas de estresse segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

GRUPOS		SEM DOR	COM DOR	TOTAL	ANÁLISES COMPARATIVAS	
					Mann-Whitney U	p
ITEM DE ESTRESSE		n=92	n=151	n=243		
1- Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	Média	2,20	2,44	2,35	6207,00	0,147
	Mediana	2,00	2,00	2,00		
	DP	1,41	1,52	1,48		
2- Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	Média	1,10	1,15	1,13	6767,50	0,709
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,53	1,50	1,51		
3- Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	Média	1,64	2,17	1,97	5521,00	0,006
	Mediana	2,00	2,00	2,00		
	DP	1,26	1,45	1,40		
4- Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? ^{Ei}	Média	0,68	0,84	0,78	6210,50	0,125
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,09	1,06	1,07		
5- Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? ^{Ei}	Média	0,64	0,75	0,71	6301,50	0,168
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,09	1,02	1,05		
6- Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? ^{Ei}	Média	0,50	0,64	0,59	6288,00	0,138
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,97	0,99	0,98		
7- Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? ^{Ei}	Média	1,53	1,88	1,75	5924,50	0,048
	Mediana	1,50	2,00	2,00		
	DP	1,37	1,37	1,37		
8- Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	Média	1,27	1,69	1,53	5643,00	0,011
	Mediana	1,00	2,00	2,00		
	DP	1,35	1,33	1,35		
9- Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? ^{Ei}	Média	0,63	0,90	0,80	5937,00	0,033
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,09	1,16	1,14		
10- Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? ^{Ei}	Média	0,72	1,11	0,96	5808,50	0,020
	Mediana	0,00	1,00	0,00		
	DP	1,03	1,28	1,21		

11- Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	Média	1,90	2,34	2,17	5784,50	0,023
	Mediana	2,00	2,00	2,00		
	DP	1,48	1,43	1,46		
12- Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	Média	2,52	3,08	2,87	5607,00	0,006
	Mediana	3,00	4,00	4,00		
	DP	1,59	1,33	1,46		
13- Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?^{EI}	Média	0,43	0,70	0,60	6042,00	0,032
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,03	1,12	1,10		
14- Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	Média	0,96	1,38	1,22	5894,00	0,033
	Mediana	0,00	1,00	1,00		
	DP	1,30	1,48	1,42		
ESCORE TOTAL	Média	16,73	21,07	19,43	5221,00	0,001
	Mediana	16,00	20,00	19,00		
	DP	8,60	10,25	9,87		

^{EI} = Escala Invertida convertida no momento da digitação dos dados.

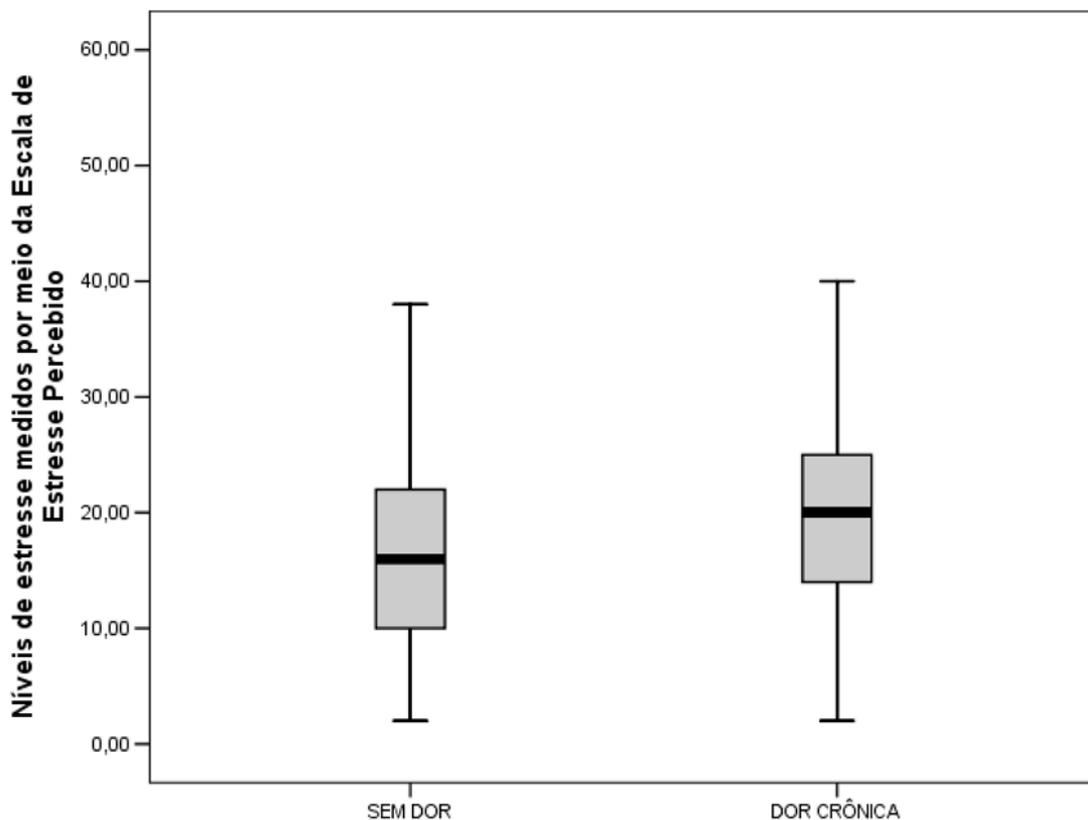


Figura 3 – Comparativo da pontuação geral de estresse percebido das idosas sem e com dor crônica – São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

4.5 Caracterização e análise comparativa de níveis de esperança segundo a presença ou não da dor crônica em idosas da comunidade

O escore total médio dos níveis de esperança das idosas obtido por meio da EEH-12 foi de 41,10 pontos (Md=43,00; DP=5,36, x_{\min} =24,00, x_{\max} =48,00). Para o grupo com dor, o escore total médio foi de 40,33 pontos (Md=41,00; DP=5,72, x_{\min} =24,00, x_{\max} =48,00) e do grupo sem dor foi de 42,36 pontos (Md=44,00; DP=4,46, x_{\min} =28,00, x_{\max} =48,00). Corroborando as análises comparativas de proporções apresentadas anteriormente, a diferença das médias dos grupos também foi significativa (U=5604,00,00; p=0,011) (Tabela 8, Figura 3).

Os dados detalhados das análises descritivas e comparativas de cada item da EEH-12 segundo a presença ou não de dor crônica estão detalhados na Tabela 8 abaixo. Os itens 5, 11 e 12 (respectivamente, “Tenho uma fé que me conforta”, “Sinto que minha vida tem valor e utilidade” e “Acredito no valor de cada dia”) foram as que apresentaram maior média. Por outro lado, os itens 2, 3 e 6 (respectivamente, “Tenho planos a curto e longo prazo”, “Tenho medo do meu futuro” e “Eu me sinto muito sozinho”) foram os que apresentaram menor média (Tabela 8).

Tabela 8 – Análises descritivas e comparativas de esperança segundo a presença ou não de dor crônica. São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

ITEM DE ESPERANÇA	GRUPOS	SEM DOR	COM DOR	TOTAL	ANÁLISES COMPARATIVAS	
		CRÔNICA	CRÔNICA		Mann-Whitney	
		n=92	n=151	n=243	U	p
1- Estou otimista quanto à vida.	Média	3,48	3,30	3,37	6325,50	0,186
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,79	0,92	0,88		
2- Tenho planos a curto e longo prazo.	Média	2,70	2,74	2,72	6789,00	0,758
	Mediana	3,00	3,00	3,00		
	DP	1,18	1,21	1,20		
3- Eu me sinto muito sozinho. ^{EI}	Média	3,41	3,11	3,23	5985,00	0,042
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,93	1,10	1,05		
4- Consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	Média	3,43	3,32	3,37	6558,00	0,416
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,76	0,85	0,82		
5- Tenho uma fé que me conforta.	Média	3,96	3,93	3,94	6805,00	0,461
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,25	0,35	0,31		
6- Tenho medo do meu futuro. ^{EI}	Média	3,26	3,01	3,10	6016,50	0,054
	Mediana	4,00	3,00	4,00		
	DP	1,11	1,13	1,13		
7- Posso me lembrar dos	Média	3,61	3,36	3,46	6078,00	0,050

tempos felizes e prazerosos.	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,77	0,96	0,90		
8- Sinto-me muito forte.	Média	3,55	3,23	3,35	5729,50	0,011
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,68	0,93	0,86		
9- Sinto-me capaz de dar e receber afeto/amor.	Média	3,75	3,64	3,68	6470,50	0,220
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,60	0,72	0,68		
10- Sei onde eu quero ir.	Média	3,54	4,00	3,40	6137,00	0,084
	Mediana	4,00	3,32	4,00		
	DP	0,70	0,91	0,84		
11- Acredito no valor de cada dia.	Média	3,79	3,68	3,72	6218,00	0,065
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,50	0,57	0,55		
12- Sinto que minha vida tem valor e utilidade.	Média	3,87	3,70	3,76	6003,50	0,011
	Mediana	4,00	4,00	4,00		
	DP	0,37	0,57	0,51		
ESCORE TOTAL	Média	42,36	40,33	41,10	5604,00	0,011
	Mediana	44,00	41,00	43,00		
	DP	4,46	5,72	5,36		
	Mínimo	28,00	24,00	24,00		
	Máximo	48,00	48,00	48,00		

^{EI} = Escala Invertida convertida no momento da digitação dos dados.

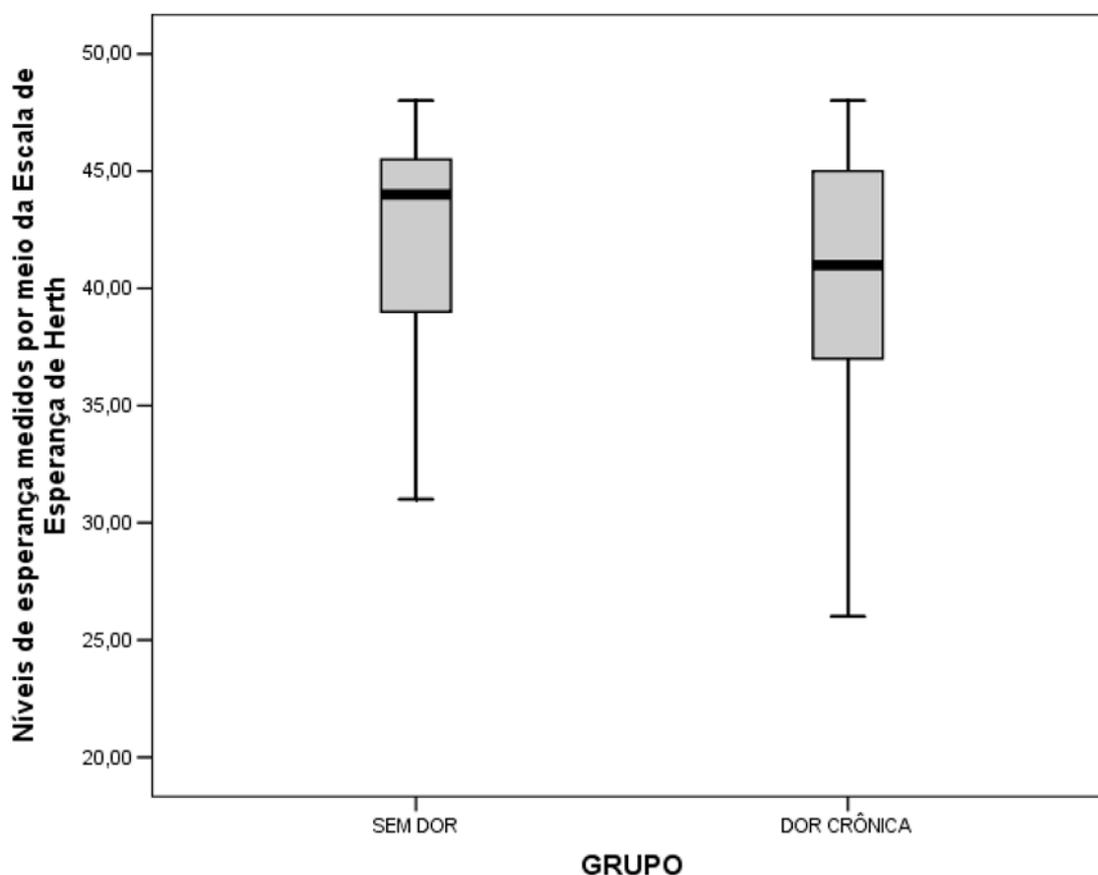


Figura 4 – Comparativo da pontuação geral de esperança das idosas sem dor crônica e com dor crônica – São Carlos, SP, Brasil, 2014-2015.

5. DISCUSSÃO

As idosas da amostra eram jovens – tinham idade inferior a 70 anos. Houve predomínio de idosas com pouca escolaridade, casadas, brancas, católicas, praticantes de uma religião, aposentadas, com renda baixa e considerada insuficiente para suprir as necessidades e que não possuíam plano de saúde. Em relação à dor crônica, a prevalência foi alta (57,6%) e os descritores mais frequentes foram “desconfortável”, “dolorosa” e “persistente”. As regiões mais afetadas foram os membros inferiores, seguidos pela região dorsal e membros superiores. O grupo de idosas sem dor crônica apresentava menos sintomas depressivos, níveis mais baixos de estresse e mais elevados de esperança quando comparado ao grupo de idosas com dor crônica.

Austad e Bartke (2016) descreveram que a sobrevivência das mulheres idosas está relacionada à menor exposição aos riscos ocupacionais, taxas de mortalidade inferiores por causas externas, menor consumo de tabaco e álcool, maior autocuidado em relação às doenças, aceitabilidade de ações preventivas e utilização dos serviços de saúde. Porém, nem sempre viver mais tempo é viver bem. A longevidade pode acarretar adversidades como convívio prolongado com doenças crônicas, falta de recursos e de instrução, perda de papéis e convívio social, prejuízos na autonomia e funcionalidade. Estes fatores podem afetar a qualidade de vida das mulheres idosas (KISHORE; KOHLI; GREWAL, 2018; BARRETO *et al.*, 2019).

A predominância do sexo feminino entre os idosos é bem documentada na literatura e aponta para a necessidade de atenção diferenciada quando se trata de cuidados ao longo da vida (AUSTAD; BARTKE, 2016). Visto que as variáveis principais deste estudo – dor crônica e fatores emocionais, são percebidas e têm prevalências diferentes entre os sexos (RAMOS *et al.*, 2019; VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018; ZIS *et al.*, 2017), este estudo enfatizou o sexo feminino como recorte.

As idosas da amostra eram jovens – média de idade inferior a 70 anos, com escolaridade e renda baixas. Também, eram predominantemente casadas, brancas, católicas, praticantes de uma religião, aposentadas, com renda considerada insuficiente para suprir as necessidades e sem plano de saúde. Estudos nacionais realizados com idosos em geral e idosos atendidos na atenção básica de saúde

apontam para um perfil semelhante (ARAÚJO *et al.*, 2018; BUSHATSKY *et al.*, 2019; MAIA *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2019; PEDRAZA *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2019).

Sousa *et al.* (2019) realizaram um estudo transversal com dados da PNS – um inquérito de base domiciliar, de âmbito nacional, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE. Os autores analisaram um recorte dos dados dos indivíduos que tinham 60 anos ou mais de idade, perfazendo uma amostra de 11177 idosos. Os resultados evidenciaram a predominância de mulheres entre os idosos brasileiros - 56,4% dos entrevistados eram do sexo feminino. Os idosos, em sua maioria, tinham entre 60 e 69 anos (56,4%) e se autodeclararam brancos (53,6%). A escolaridade era baixa, 32,1% possuíam menos de um ano de estudo ou eram analfabetos, enquanto 45,6% tinham cursado pelo menos uma série do ensino fundamental. No que se refere à renda familiar, 43,0% dispunham de menos de meio salário mínimo per capita e 24,2% de um a três salários mínimos. A posse de plano privado de saúde foi referida por uma parcela pequena (32,0%) (SOUSA *et al.*, 2019).

Bushatsky *et al.* (2019) conduziram uma investigação com base em dados oriundos do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) – uma investigação epidemiológica de base populacional. A coleta de dados foi realizada no município de São Paulo, Brasil, com uma amostra constituída de 1226 idosos com 60 anos e mais, não institucionalizados, de ambos os sexos. Do total de participantes, 59,6% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 69,6 anos. A maioria dos idosos era casada ou tinha um companheiro (58,1%), não trabalhava ou era aposentada (71,3%), tinha menos de 4 anos de escolaridade (41,6%) e baixa renda (35,2% ganhavam até dois salários mínimos) (BUSHATSKY *et al.*, 2019).

Um estudo transversal realizado em Montes Claros, Minas Geras, Brasil, caracterizou uma amostra de 1750 idosos cadastrados e acompanhados por USFs. A maioria dos participantes era do sexo feminino (63,4%), com até 74 anos de idade (67,9%), casados (54,2%), com escolaridade entre um a quatro anos (56,8%) e renda familiar igual ou inferior a dois salários mínimos (65,6%) (MAIA *et al.*, 2020). Pedraza *et al.* (2018) publicaram o perfil de uma amostra de 420 participantes de um universo de 23416 idosos cadastrados em USFs do município Campina Grande, Paraíba, Brasil. A amostra era predominantemente constituída por mulheres

(68,1%), com idades que variavam entre 60 e 69 anos (48,6%) e pertencentes às classes C (45,8%) e D/E (42,1%).

Dados semelhantes foram descritos por Araújo *et al.* (2018), em pesquisa com amostra de 159 participantes que representava um total de 1209 idosos cadastrados em USFs do município de Recife, Pernambuco, Brasil. Os autores apontaram um perfil de idosos jovens – 53,5% tinham 70 anos ou menos. A maioria era do sexo feminino (76,7%), aposentada (66,7%) e com renda de um salário mínimo. Destaca-se neste estudo a baixa escolaridade dos idosos, uma parcela significativa não era alfabetizada (33,3%).

Marques *et al.* (2019) trazem dados semelhantes na descrição de 2217 idosos de 65 anos ou mais residentes nas áreas urbanas de sete cidades brasileiras - Campinas (São Paulo); Belém (Pará); Poços de Caldas (Minas Gerais); Ermelino Matarazzo (São Paulo); Campina Grande (Paraíba); Parnaíba (Piauí) e Ivoti (Rio Grande do Sul). A amostra era predominantemente feminina (67,6%), branca (55,8%), jovem (68,7% tinham até 74 anos de idade), com renda inferior a três salários mínimos (68,4%) e sem plano de saúde (59,9%).

Com relação à aposentadoria, Jesus *et al.* (2017) encontraram em uma amostra 247 idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de São Carlos, São Paulo, Brasil, uma proporção de idosos aposentados (55,5%) próxima aos números deste estudo. Andrade *et al.* (2018) analisaram dados de 9130 indivíduos com 50 anos ou mais do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) e descreveram que a prevalência do recebimento do benefício foi de 54,3%. Os autores evidenciaram que a cobertura brasileira é superior a da América Latina e Caribe, que se aproxima de 40%. “A proporção de recebimento do benefício entre brasileiros é de 26% aos 50–59 anos, 71% aos 60–69 anos e alcança cobertura quase universal (92%) aos 70 anos ou mais de idade” (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 8).

A aposentadoria é um direito dentro do Sistema de Seguridade Social que pressupõe suporte financeiro na velhice. No entanto, a quantia monetária referente ao benefício tende a ser diminuída quando comparada a situação ativa. Desta forma, os aposentados tendem à piora nas condições de vida em geral, incluindo menor poder no consumo, condições de moradia precárias ou inadequadas, disponibilidade reduzida de alimentos e medicamentos e menor acesso aos serviços de saúde (ANDRADE *et al.*, 2018; LEMOS; SOUZA; MENDES, 2006). Esta pode ser uma

explicação para a percepção de renda insuficiente para a maioria dos respondentes deste estudo.

Segundo Nunes *et al.* (2017) a qualidade de vida do idoso pode ser afetada pelo estado de saúde, condições econômicas e interações sociais, ambientais e espirituais. O fato da maioria das idosas adotarem o catolicismo como religião e serem praticantes era esperado. Segundo dados do *Pew Research Center* (2014), 61% dos brasileiros são católicos. Esta maioria católica também é bem documentada na literatura nacional (CASTRO *et al.*, 2021; NUNES *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; SILVA; RODRIGUES; GONÇALVES, 2020). Dias e Ribeiro (2018) apontam uma relação positiva entre a religiosidade e a saúde. Evidências têm demonstrado que as crenças, práticas e hábitos religiosos e espirituais estão associados a melhores condições de saúde física e mental, bem como a um maior suporte social. A afiliação religiosa promove interação social, acolhimento afetivo, troca de informações e sentimentos de pertencimento (NUNES *et al.*, 2017).

Com o envelhecimento é esperado que as demandas por serviços de saúde aumentem, porém, a maioria das idosas não possuía plano de saúde. Dados de 28943 idosos participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) trazem números semelhantes aos encontrados nesta pesquisa – 26,9% dos idosos brasileiros eram filiados a planos de saúde privado, 24,8% dos homens e 28,6% das mulheres (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Segundo Almeida *et al.* (2020), o setor privado tem como vantagem o tempo reduzido de espera para atendimento e maior frequência de encaminhamentos para consultas de revisão após internação. Por outro lado, o Sistema único de Saúde (SUS) é responsável pela maioria dos atendimentos médicos para os idosos, estes são realizados prioritariamente perto da residência, o que proporciona menor gasto com deslocamento. Apesar das deficiências existentes, os autores reafirmam a importância do SUS para atender as necessidades de cuidado das pessoas idosas incluindo tratamento, proteção, promoção e prevenção (ALMEIDA *et al.*, 2020).

No que tange à variável dor crônica, sabe-se que esta se relaciona com o declínio da qualidade de vida, prejuízos funcionais e sociais, distúrbios do sono, alterações de apetite e humor, bem como custos elevados de cuidado, tornando-se um problema importante para a saúde pública (ALVES, *et al.*, 2019; DONATTI *et al.*, 2019; TERASSI *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2018).

Neste estudo, a dor crônica acometia 57,6% das idosas. A prevalência alta de dor crônica está em consonância com a literatura que aponta uma prevalência mundial entre 29,3 e 73,3% (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018), entre 25% e 85% para idosos no mundo (STOMPÓR *et al.*, 2019) e entre 51% e 67% para idosos comunitários brasileiros (DELLAROZA *et al.*, 2013).

Lini *et al.* (2016) realizaram um estudo transversal de base populacional com 416 participantes idosos, residentes do município de Estação, Rio Grande do Sul, Brasil, a fim de identificar a prevalência de dor crônica e a repercussão na saúde dos idosos. Os dados foram coletados por meio do questionário do Estudo SABE em visitas domiciliares. A prevalência de dor crônica foi de 54,7%, sendo a maioria em pessoas do sexo feminino (64,8%). Entre os idosos com dor crônica, 58,6% classificaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, 53,3% não praticavam atividade física, 19,8% apontaram dificuldades para atividades básicas de vida diária, 82,5% referiram dor nos membros inferiores e 74,8% na região lombar.

Em relação à intensidade da dor, a amostra tinha a dor intensa como mais prevalente, seguida pela dor moderada e insuportável. Em uma pesquisa realizada em um município de Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 385 idosos foram avaliados - 58,2% tinham dor crônica e, destes, 74,5% eram do sexo feminino. A intensidade da dor foi aferida pela Escala Visual Numérica (EVN) que varia de zero a dez pontos, sendo zero a três considerada “dor leve”, quatro a sete, “dor moderada”, e acima de oito, “dor intensa”. A dor moderada foi a mais prevalente (28,1%); seguida pela dor intensa (19,2%) e dor leve (10,1%) (SILVA *et al.*, 2018).

Um estudo do *PainS65 +*, realizado por Dong *et al.* (2020), recrutou uma amostra aleatória de 6611 pessoas com 65 anos ou mais de idade que viviam em duas cidades - Linköping e Norrköping, condado de Östergötland, Suécia. Os resultados evidenciaram que 42,2% (n=2790) tinham dor crônica e, destes, 61,1% eram mulheres (n=1705). A dor moderada foi a mais frequente (47,2%), seguida pela intensa (22,4%). Provavelmente, os dados suecos são melhores e se diferem dos nacionais e dos apresentados nesta pesquisa pelas características da população idosa de países desenvolvidos, que são significativamente mais abastados e instruídos, sendo que recursos e nível de instrução podem interferir nos cuidados e na percepção de dor (DONG *et al.*, 2020).

Poucos estudos que utilizavam o EMADOR foram encontrados, por isso a comparação dos descritores e da localização da dor com a literatura foi prejudicada.

Nesta pesquisa, a região lombar foi a mais acometida (de 38,4% para a região 33 a 41,1% para as regiões 30, 31 e 32) e as idosas classificaram a dor principalmente como “desconfortável” (93,4), “dolorosa” (87,4%) e “persistente” (76,8%). Os resultados do estudo de Terassi *et al.* (2020), ao investigar uma amostra composta por 186 idosos cuidadores de idosos com dor crônica residentes em São Carlos, São Paulo, Brasil, evidenciaram a região lombar como a mais frequente (58,8%) e desconfortável (92,5%), dolorosa (87,1%) e persistente (73,7%) como os principais descritores para representar a dor. Embora a ordem seja diferente, os descritores foram os mesmos em ambos os estudos.

É importante mencionar que a dor crônica não tem apenas mecanismos biológicos, mas se associa a condições de saúde mental, crenças, idade, sexo e etnia. Depressão, ansiedade, tabagismo, consumo de álcool e condições socioeconômicas, como estado civil, nível de escolaridade, emprego e atividade física, podem afetar a percepção da dor (CASTRO *et al.*, 2019).

Além de mais susceptíveis à dor, mulheres são mais vulneráveis a transtornos mentais, especialmente a depressão (PILANIA *et al.*, 2019). Isso se deve a fatores biológicos, tanto genéticos quanto hormonais, bem como a condições sociais e psicológicas desfavoráveis (RAMOS *et al.*, 2019). Na velhice, o risco se intensifica em virtude de isolamento social, privação e mudança nas relações e papéis familiares, sobrecarga de funções socialmente construídas para o gênero e alguns fatores biológicos, dentre eles a privação de estrogênio. É reconhecido também que a baixa escolaridade e o analfabetismo estão associados com sintomas depressivos (SILVA *et al.*, 2017).

A prevalência de sintomas depressivos entre as idosas foi de 24,3% – 3,7% apresentavam sintomas depressivos severos e 20,6% tinham sintomas depressivos leves. Andrade *et al.* (2016) descreveram maior prevalência de depressão em idosas, sendo que a taxa de depressão da amostra do Estudo SABE foi de 16,3% em 2000 e 14,4% em 2010 para homens, enquanto a taxa de mulheres foi de 25,7% em 2000 e 25,2% em 2010. No referido estudo, assim como na presente investigação, uma em cada quatro idosas tinha depressão.

Confirmando as hipóteses iniciais, os resultados deste estudo evidenciaram que o grupo com dor crônica tinha escores totais médios mais elevados de sintomas depressivos e estresse e inferiores de esperança quando comparado ao grupo sem dor. Pinho *et al.* (2009) conduziram um estudo que teve como objetivo realizar uma

revisão de literatura acerca da incidência de depressão em idosos e os fatores de risco associados em idosos residentes na comunidade.. Como resultado, os autores encontraram uma incidência de depressão na população idosa residente na comunidade de 13,23% com extremos de distribuição de 5,4% e 24,1%. Os preditores de depressão identificados foram ser do sexo feminino, ter idade avançada, não ser casado, baixa escolaridade, condição socioeconômica desfavorável, condições de moradia inadequadas, baixo suporte social, eventos estressores, depressão prévia, comorbidades psiquiátricas, características de personalidade, distúrbios do sono, déficits cognitivos, condições de saúde adversas, limitação funcional e dor (PINHO *et al.*, 2009).

Ainda na revisão de Pinho *et al.* (2009), em quatro estudos, a incidência de depressão estava associada com a frequência e a intensidade de dor. Além disso, as idosas que faziam parte do grupo com dor apresentaram os escores totais médios mais elevados de depressão quando comparadas ao grupo sem dor e, nos casos mais severos de sintomas depressivos, a associação com dor era maior nos homens do que nas mulheres.

Uma pesquisa exploratória de corte transversal com 80 pacientes do sexo feminino com idade média de 39,40 anos (DP=9,21) do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH) foi realizada com o objetivo de analisar a influência do componente psicológico na avaliação da dor pélvica crônica por meio da aplicação do Retrato da Dor (RD) – um recurso projetivo no qual o paciente concretiza a sua dor na forma de um desenho. A análise dos retratos resultou na formação de oito categorias: sentimentos negativos (37,50%); instrumentos lesivos (33,75%); formas geométricas (25%); partes do corpo (16,25%); rabiscos e/ou amorfos (13,75%); pessoas e cenas (10%); monstros (8,75%) e sorrisos (7,50%). A maioria das participantes (62,50%) confiava que os médicos e/ou procedimentos médicos poderiam amenizar a sua dor, enquanto 25% acreditavam não haver solução para sua dor. As mulheres retrataram sua dor pélvica crônica de modo afetivo e a relacionaram às perdas familiares (GODOI *et al.*, 2019).

Barbosa, Vieira e Garcia (2018) realizaram uma investigação transversal e quantitativa no Ambulatório de Dor Crônica do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para avaliar o comportamento das crenças e atitudes na lombalgia crônica e correlacioná-las com a intensidade da

dor, incapacidade, ansiedade e depressão. Foram avaliados 82 pacientes com idade média de 43,23 anos. O sexo feminino foi o mais afetado pela lombalgia crônica (51,22%). Sobre a gravidade da dor, 46,35% apresentavam dor intensa e 53,65% dor leve à moderada. Além disso, observou-se incapacidade grave em 64,63%, ansiedade em 63,41% e depressão em 41,46%. Os autores concluíram que os pacientes com lombalgia crônica tendem a apresentar crenças disfuncionais em relação à dor e que tais crenças tinham associação com a intensidade da dor, ansiedade, depressão e incapacidade.

A depressão é um problema de saúde mental incapacitante e está entre os principais contribuintes para a carga de doença em todo o mundo. Devido à essência multifatorial e diversidade sintomatológica, sua etiologia permanece objeto importante de pesquisa. A associação entre transtornos depressivos, estresse crônico, ansiedade e dor crônica também foi descrita por outros autores (ATTAL *et al.*, 2011; HOOTEN, 2016; KREMER *et al.*, 2020).

O escore total médio de estresse da amostra foi de 19,43 pontos. Este escore se aproxima do encontrado por Luft *et al.* (2007), no estudo de validação da PSS-14 para aplicação em idosos brasileiros. Os autores entrevistaram uma amostra de 76 pessoas com idade média de 70,04 anos e obtiveram escore de estresse de 21,37 pontos. Em um estudo que investigou os fatores psicológicos e emocionais de idosos praticantes de dança de salão, Oliveira *et al.* (2017) entrevistaram 93 idosos, de ambos os sexos, sendo 19 homens e 74 mulheres, com média de idade de 70,4 anos. No que se refere ao estresse, o escore médio foi de 20,0 pontos.

Com o intuito de aprofundar conhecimento acerca das variáveis estresse e dor crônica, Sobrinho *et al.* (2019) conduziram uma pesquisa com o objetivo de identificar relações entre níveis de dores crônicas, qualidade de vida, estresse e sono em mulheres. A dor foi avaliada por meio de um instrumento multidimensional junto a 56 mulheres com idade entre 50 e 70 anos - média de 63,7 anos (DP=7,7). A maior parte das participantes relatou sentir dor (89,2%); 21,4% relataram dor nos membros inferiores e 67,8% relataram dor nos membros superiores. Como no presente estudo, a dimensão sensorial de dor foi associada ao estresse.

Um estudo a fim de avaliar o nível de estresse de idosos assistidos pela Atenção Primária à Saúde de Piumhi, Minas Gerais, Brasil, entrevistou 64 idosos residentes em domicílios do qual 81,3% eram portadores de doenças crônicas com predominância do sexo feminino. A pesquisa avaliou as associações dos dados

sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, religião, atividade física, uso de antidepressivo, presença de DCNT e tabagismo) com o inventário de estresse. Os resultados mostraram correlação significativa entre sexo e nível de estresse ($p < 0,05$) (GARBACCIO *et al.*, 2014).

Ciola *et al.* (2020), a fim de identificar a prevalência de dor crônica em idosos acima de 70 anos de idade e as relações diretas e indiretas entre dor crônica e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde, entrevistaram 419 idosos de 72 anos ou mais, entre 2016 e 2017, residentes da zona urbana dos municípios de Campinas e Ermelino Matarazzo, do estado de São Paulo, Brasil. As variáveis independentes contempladas foram: sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, multimorbidade, sintomas depressivos, insônia e autoavaliação de saúde. As relações diretas e indiretas foram testadas por meio da análise de caminhos. O estudo mostrou relações diretas entre dor crônica e depressão, IMC, escolaridade, estresse e solidão.

Miaskowski *et al.* (2020) relatam, em revisão de literatura, que independentemente da faixa etária, existe associação entre estresse percebido e dor crônica. Harris *et al.* (2013) realizaram uma pesquisa com uma coorte idosa de mulheres australianas ($n=12202$) que completaram os inquéritos do *Australian Longitudinal Study on Women's Health*. Os autores concluíram que o estresse percebido foi fator de risco para o desenvolvimento de artrite, que por sua vez desencadeava dores crônicas.

McWilliams, Cox e Enns (2003) utilizaram dados do *National Comorbidity Survey* para investigar as associações entre dor crônica, ansiedade e transtornos de humor em uma amostra de 5877 americanos que responderam ao *Composite International Diagnostic Interview*. Foi encontrada associação entre dor crônica, estresse, ansiedade e depressão. Os autores recomendaram atenção às questões emocionais em ambientes de tratamento para dor.

White *et al.* (2014) analisaram uma amostra de 578 indivíduos, com 70 anos ou mais (idade média de 78,8 anos e 63% de mulheres), residentes no Bronx County, Nova York, Estados Unidos. Dentre os achados, os escores de estresse mais elevados foram associados à maior intensidade e interferência da dor. Os autores sugeriram pesquisas futuras centradas em intervenções para determinar se as técnicas de redução de estresse levariam à redução nas medidas de dor.

Sartori e Grossi (2008) obtiveram escores de esperança de 41,57 pontos para os pacientes oncológicos e de 40,46 para os diabéticos. Estes escores são semelhantes aos encontrados neste estudo (42,36 pontos para idosas sem dor e 40,33 para idosas com dor). Com relação à dor crônica e esperança, não foram localizados estudos semelhantes. No entanto, existem estudos sobre esperança em condições crônicas que levam à dor (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2010; VAN BAALEN *et al.*, 2020). Ferrell e Dean (1995), ao analisarem qualitativamente o significado da dor do câncer, verificaram que a dor tem impacto afetivo e pode causar desesperança.

Um estudo realizado por Hsu *et al.* (2003) teve como objetivo identificar a relação entre dor e esperança em pacientes com câncer de pulmão. Neste, foram avaliados 164 indivíduos, incluindo 79 pacientes com dor oncológica e 85 pacientes sem dor oncológica atendidos em três hospitais universitários de Taipei, Taiwan. Para pacientes sem dor oncológica, a média de esperança foi 36,91 pontos e para pacientes com dor oncológica foi 30,81 pontos. Os resultados evidenciaram que houve diferença significativa no nível de esperança entre os pacientes com e sem dor oncológica. Os autores concluem que os profissionais de saúde precisam não somente controlar os sintomas da dor, mas prover intervenções que possam aumentar a esperança e afetar positivamente a atitude em relação à vida. Embora o estudo seja com pacientes oncológicos, os resultados se assemelham aos deste estudo e permitem inferir que a dor, mesmo que de outra etiologia, pode interferir na esperança.

Numa pesquisa em que se investigou a dor crônica associada a fatores psicossociais e espirituais, a fim de explorar a esperança de vida, Ferreira-Valente *et al.* (2020) avaliaram 62 adultos com dor musculoesquelética crônica de diversas faixas etárias. A maioria dos participantes eram mulheres (63%) com idades que variavam entre 18 e 90 anos ($M = 60,45$, $DP = 16,22$). Os participantes forneceram informações sobre espiritualidade, intensidade e enfrentamento da dor, função física e psicológica. Como resultado, a espiritualidade, a esperança e a perspectiva positiva em relação à vida foram moderadamente associadas com melhor função psicológica e melhor enfrentamento da dor (FERREIRA-VALENTE *et al.*, 2020).

Estudos sobre estresse e esperança em idosos da comunidade são raros quando comparados aos estudos sobre depressão. Isso pode ocorrer pelo fato de instrumentos de avaliação de estresse e esperança não recomendarem uma nota de

corde para classificar ou fazer distinção entre indivíduos em grupos comparativos - com e sem estresse e esperança, por exemplo (LUFT et al., 2007; SARTORE; GROSSI, 2008). Na área de psicologia, as pesquisas costumam abordar e identificar fatores e eventos estressantes na velhice (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019; FONTES; NERI, 2015). Os estudos sobre esperança estão centrados em condições crônicas específicas independentemente da idade, como câncer, diabetes e cuidadores (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011; VAN BAALEN et al., 2020). Desta forma, aventamos que investigações sobre dor, estresse e esperança em idosos e/ou idosas são oportunidades importantes para pesquisas futuras.

Esta pesquisa possui limitações metodológicas. Trata-se de um estudo específico realizado com um banco de dados do ano de 2014 e 2015, com a participação de idosas, atendidas em USFs, de um único município do interior do estado de São Paulo. É importante salientar a escassez de estudos que enfoquem o sexo feminino acerca de dor e fatores emocionais. A maioria das pesquisas não é voltada para idosos e incluem ambos os sexos. Esta escassez limitou a discussão. Também, a diversidade de instrumentos existentes para avaliar dor e depressão, pode ser positiva para que o pesquisador tenha opções de escolha, mas dificulta fazer comparações dos resultados encontrados com os da literatura. Os instrumentos de mensuração das variáveis de estresse e esperança, por não apresentarem nota de corte e classificação, levam a interpretações diversas na literatura.

O tratamento da dor crônica deve contemplar também os sintomas depressivos e de estresse bem como viabilizar meios para que a pessoa tenha perspectivas positivas de futuro e melhore a sua esperança. Por fim, espera-se contribuir e agregar na produção de conhecimento na literatura, uma vez que existem poucos estudos com enfoque no sexo feminino. Além disso, é importante colocar a importância dos estudos da área de gerontologia nas demandas que se originam do envelhecimento populacional.

6 CONCLUSÕES

Diante dos objetivos propostos para este estudo, trazemos as seguintes conclusões:

- As idosas assistidas pelas USFs do município de São Carlos eram jovens – idade média inferior a 70 anos, casadas, brancas, católicas, praticantes de uma religião e aposentadas. Tinham escolaridade e renda baixas, percepção de renda insuficiente para as necessidades e não dispunham de plano de saúde.

- A prevalência de dor crônica da amostra foi de 57,6%.

- A dor intensa acometia a maior proporção da amostra, seguida pela dor moderada e insuportável.

- Os descritores mais frequentes de dor foram “desconfortável”, “dolorosa” e “persistente”.

- A região mais afetada pela dor foi a lombar.

- A prevalência de sintomas depressivos entre as idosas da comunidade foi de 24,3%.

- Os níveis de estresse das idosas eram medianos e os de esperança eram altos.

- O grupo de idosas sem dor crônica apresentava menor número de sintomas depressivos, níveis mais baixos de estresse e mais elevados de esperança quando comparado ao grupo de idosas com dor crônica.

A hipótese de pesquisa foi confirmada e concluímos existir associação entre dor crônica e mais sintomas depressivos, maior estresse e menores níveis de esperança em idosas da comunidade.

Diante da importância dos fatores emocionais na percepção de dor e que ambos são experimentados de formas distintas entre os sexos, colocamos este estudo entre os que trazem dados para contribuir para o planejamento de ações preventivas e desenvolvimento de novas políticas públicas que abordem mais que a queixa primária a fim de reduzir os custos com cuidados médicos, uso de serviços hospitalares e cuidados domiciliares, contribuindo na garantia da melhoria da qualidade de vida e longevidade.

7. REFERÊNCIAS

ABERCROMBIE, Sarah H.; HASTINGS, Sarah L. Feminization of poverty. In: NAPLES, Nancy A. **The Wiley Blackwell encyclopedia of gender and sexuality studies**, New Jersey: John Wiley & Sons, 2016. p. 1-3.
<https://doi.org/10.1002/9781118663219.wbegss550>

AKRAM, Muhammad Junaid; MALIK, Arshad Nawaz. Frequency of chronic neuropathic pain and its association with depression in the elderly in Pakistan. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 69, p. 1907-1909, 2019.
<https://doi.org/10.5455/jpma.302642229>

ALBERT, Kimberly M.; NEWHOUSE, Paul A. Estrogen, stress, and depression: Cognitive and biological interactions. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 15, p. 399-423, 2019. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095557>

ALMEIDA, Alessandra Vieira *et al.* A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.
<http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho *et al.* Lack of access and the trajectory of healthcare use by elderly Brazilians. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2213-2226, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

ALVES, Élen dos Santos *et al.* Dor e problemas de sono em idosos. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 3, p. 217-224, 2019. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190039>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, Eli lola Gurgel *et al.* Fatores associados ao recebimento de aposentadorias entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 15s, 2018. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000665>

ANDRADE, Flávia Cristina Drumond *et al.* Life expectancy without depression increases among Brazilian older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 12, 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005900>

ANTUNES, José. Estresse e doença: o que diz a evidência?. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 3, p. 590-603, 2019. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200304>.

ARAÚJO, Gleicy Karine Nascimento *et al.* Caracterização da saúde de idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, s/n, e28041, 2018. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.28041>

ARAÚJO, Janete Alves *et al.* Dor lombar e transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família: uma associação pouco reconhecida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-14, 2018. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1740](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1740)

ATTAL, Nadine *et al.* The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. **Pain**, v. 152, n. 12, p. 2836-2843, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.014>

AUSTAD, Steven N.; BARTKE, Andrzej. Sex differences in longevity and in responses to anti-aging interventions: a mini-review. **Gerontology**, v. 62, n. 1, p. 40-46, 2016. <https://doi.org/10.1159/000381472>

BALSANELLI, Alessandra Cristina Sartore; GROSSI, Sonia Aurora Alves; HERTH, Kaye Ann. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doenças crônicas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 754-761, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400019>

BALSANELLI, Alessandra Cristina Sartore; GROSSI, Sonia Aurora Alves; HERTH, Kaye. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 354-358, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300008>

BALTES, Paul B.; LINDENBERGER, Ulman; STAUDINGER, Ursula M. Life span theory in developmental psychology. In: EISENBERG, Nancy; DAMON, William; LERNER, Richard. M. (Ed.). **Theoretical Models of Human Development**. 6th ed. New York: John Wiley & Sons, 2006. p. 569-664. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>

BARBOSA, Fernanda Martins; VIEIRA, Érica Brandão de Moraes; GARCIA, João Batista Santos. Crenças e atitudes frente à dor em pacientes com lombalgia crônica. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 116-121, June 2018. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180023>.

BARRETO, Madson Alan Maximiano *et al.* A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252>

BARROS, Camylla Tenório *et al.* “Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 423-434, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018166057>

BAUER, H. *et al.* Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. **European Journal of Pain**, v. 20, n. 8, p. 1253-1265, 2016. <https://doi.org/10.1002/ejp.850>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: julho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: julho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**, 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: dezembro. 2020.

BUSHATSKY, Angela *et al.* Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180016, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180016.supl.2>

CARVALHO, Mariana Lustosa de *et al.* Situação de saúde na percepção de idosas viúvas assistidas pela atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 199-204, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0549>

CARRIÇO, Sílvia; NEVES, Rui. Liberdade involuntária em idosas viúvas—olhares narrativos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 43-57, 2014. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i3p43-57>

CASTRO, Jefferson Luiz Cerqueira *et al.* Representações sociais do envelhecimento e qualidade de vida na velhice ribeirinha. **Revista de Psicologia**, v. 39, n. 1, p. 85-113, 2021. <https://doi.org/10.18800/psico.202101.004>

CASTRO, Silvana de *et al.* Implementing a chronic pain ambulatory care: preliminary results. **Revista brasileira de anestesiologia**, v. 69, n. 3, p. 227-232, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.002>

CHANG, Angela Y. *et al.* Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet Public Health**, v. 4, n. 3, p. e159-e167, 2019. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30019-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30019-2)

CHEN, Mei-Ling. Pain and hope in patients with cancer: a role for cognition. **Cancer Nursing**, v. 26, n. 1, p. 61-67, 2003. <https://doi.org/10.1097/00002820-200302000-00009>

CIOLA, Graziella et al. Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde: uma análise de caminhos.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 23, n.3, e200065, 2021.

<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200065>

COHEN, Milton; QUINTNER, John; VAN RYSEWYK, Simon. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. **Pain Reports**, v. 3, n. 2, p. 1-7. 2018. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n.4, p. 385-396, 1983. <https://doi.org/10.2307/2136404>

COOL, Joséphine; ZAPPETTI, Dana. The physiology of stress. In: ZAPPETTI, Dana; Avery, Jonathan D. (eds.). **Medical Student Well-Being**. New York: Springer, 2019. p. 1-15. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16558-1_1

COSTANZI, Rogério Nagamine *et al.* **Breve análise da nova projeção da população do IBGE e seus impactos previdenciários**. Brasília: IPEA. 2018. 29 p. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8792>

CRAFT, Rebecca M. Modulation of pain by estrogens. **Pain**, v. 132, p. S3-S12, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.028>

DAVIDSON, Patricia M.; DIGIACOMO, Michelle; MCGRATH, Sarah J. The feminization of aging: how will this impact on health outcomes and services? **Health Care for Women International**, v. 32, n. 12, p. 1031-1045, 2011.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2011.610539>

DAVIS, Emily J.; LOBACH, Iryna; DUBAL, Dena B. Female XX sex chromosomes increase survival and extend lifespan in aging mice. **Ageing Cell**. v. 18, n. 1, p. e12871, 2019. <https://doi.org/10.1111/accel.12871>

DELLAROZA, Mara Solange Gomes *et al.* Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 914-922, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004427>

DIAS, Ewerton Naves; RIBEIRO, José Luís Pais. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 591-604, dez. 2018.

<http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>.

DOMENICHIELLO, Anthony F.; RAMSDEN, Christopher E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 93, p. 284-290, 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.04.006>

DONATTI, Ariel *et al.* Relação entre a intensidade de dor lombar crônica e limitações geradas com os sintomas depressivos. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 3, p. 247-254, 2019. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190044>

DONG, Huan-Ji *et al.* Factors associated with life satisfaction in older adults with chronic pain (PainS65+). **Journal of Pain Research**, v. 13, s/n, p. 475-489, 2020. <https://doi.org/10.2147/JPR.S234565>

FERREIRA-VALENTE, Alexandra *et al.* The Role of Spirituality in Pain, Function, and Coping in Individuals with Chronic Pain. **Pain Medicine**, v. 21, n. 3, p. 448-457, 2020. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz092>.

FERRELL, Betty R.; DEAN, Grace. The meaning of cancer pain. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 11, n. 1, p. 17-22, 1995. [https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(95\)80038-7](https://doi.org/10.1016/S0749-2081(95)80038-7)

FERRETTI, Fatima *et al.* Quality of life in the elderly with and without chronic pain. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 2, p. 111-115, 2018. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>

FONSECA, Patricia Nunes *et al.* Esperança em idosos: uma explicação baseada nos valores humanos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 1, p. 9-25, 2015. <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/48522/34918>

FONTES, Arlete Portella; NERI, Anita Liberalesso. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1475-1495, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152005.00502014>

FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil dos municípios paulistas**: São Carlos, 2020. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br>. Acesso em: julho. 2020.

FUNDAÇÃO SEADE. **População**: São Carlos, 2010. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?porTema=true&loclid=3548906&temald=1&pag=1>. Acesso em: julho. 2020.

GALICIONI, Thaisa Gapski Pereira; LOPES, Ewellyne Suely Lima de; RABELO, Dóris Firmino. Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, n. Especial12, p. 225-237, 2012. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial12p225-237>

GARBACCIO, Juliana Ladeira; DA SILVA, Alanna Gomes; BARBOSA, Morgana Michella. Avaliação do índice de estresse em idosos residentes em domicílio. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 308-315, 2014. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200016>

GINTER, E.; SIMKO, V. Women live longer than men. **Bratislavske lekarske listy**, v. 114, n. 2, p. 45-49, 2013. https://doi.org/10.4149/bll_2013_011

GODOI, João Elias de *et al.* Retratos da dor pélvica crônica: percepções e crenças de 80 mulheres. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 1, p. 8-13, 2019. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190003>

GONZÁLEZ, Eugenia Galicia; PINTO, Neide Maria de Almeida; FIÚZA, Ana Louise de Carvalho. Viuvez nas mulheres. Diferentes abordagens nas ciências sociais.

Revista Estudos Feministas, v. 28, n. 2, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260544>

GROL-PROKOPCZYK, Hanna. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. **Pain**, v. 158, n. 2, p. 313, 2017. <https://dx.doi.org/10.1097%2Fj.pain.0000000000000762>

HARRIS, Melissa L. *et al.* The influence of perceived stress on the onset of arthritis in women: findings from the Australian Longitudinal Study on women's health. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 46, n. 1, p. 9-18, 2013. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9478-6>

HERTH, Kaye. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 10, p. 1251-1259, 1992. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>

HOOTEN, Michael. Dor crônica e transtornos de saúde mental. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 91, n. 7, p. 955–970, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029>

HSU, Tsui-Hsia *et al.* The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 26, n. 3, p. 835-842, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(03\)00257-4](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(03)00257-4)

HUMO, Muris; LU, Han; YALCIN, Ipek. The molecular neurobiology of chronic pain–induced depression. **Cell and Tissue Research**, v. 377, p. 21-43, 2019. <https://doi.org/10.1007/s00441-019-03003-z>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018**. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em: junho 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: junho 2020.

JESUS, Isabela Thais Machado de *et al.* Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>

KATSIMIGOS, Anna-Maria; O'BEIRNE, Sheena; HARMON, Dominic. Hope and chronic pain—a systematic review. **Irish Journal of Medical Science**, s/v, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02251-1>

KHAN, Hafiz TA. Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas?. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 25, n. 5, p. 754-760, 2019. <https://doi.org/10.1111/jep.13071>

KISHORE, Jugal; KOHLI, Charu; GREWAL, G. S. Feminization of ageing-are we prepared for future. **Epidemiology International**, v. 3, n. 1, p. 1-2, 2018. <https://doi.org/10.24321/2455.7048.201806>

KOK, Rob M.; REYNOLDS, Charles F. Management of depression in older adults: a review. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 317, n. 20, p. 2114-2122, 2017. http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.5706&utm_campaign=articlePDF%26utm_medium=articlePDFlink%26utm_source=articlePDF%26utm_content=jama.2017.5706

KREMER, Mélanie *et al.* How to study anxiety and depression in rodent models of chronic pain? **European Journal of Neuroscience**, v. 56, n.1, p. 236-270, 2020. <https://doi.org/10.1111/ejn.14686>

LASTRA, Guido *et al.* Estrogen receptor signaling and cardiovascular function. In: LAMARCA, Babbette; ALEXANDER, Barbara. **Sex Differences in Cardiovascular Physiology and Pathophysiology**. San Diego: Elsevier Academic Press, 2019. p. 13-22. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813197-8.00002-6>

LEE, Munjae; PARK, Sewon; LEE, Kyu-Sung. Relationship between morbidity and health behavior in chronic diseases. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 1, 121, 2020. <https://doi.org/10.3390/jcm9010121>

LEMOS, Monalise; SOUZA, Nilzemar Ribeiro de; MENDES, Maria Manuela Rino. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 218-225, 2006. ISSN (on-line): 2316-9389

LI, Junming *et al.* Spatiotemporal evolution of global population ageing from 1960 to 2017. **BMC Public Health**, v. 19, n. 127, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6465-2>

LIM, Grace Y. *et al.* Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>

LIMA, Claudia Moreira *et al.* Um estudo sobre depressão na terceira idade. **Inova Saúde**, v. 7, n. 1, p. 27-39, 2018. <http://dx.doi.org/10.18616/is.v7i1.4258>

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300006>

LINI, Ezequiel Vitório *et al.* Prevalência de dor crônica autorreferida e intercorrências na saúde dos idosos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 279-282, Dec. 2016. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160089>

LUFT, Caroline Di Bernardi *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

MAIA, Luciana Colares *et al.* Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.12, p. 5041-5050, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>

MARGAÇA, Clara; RODRIGUES, Donizete. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 150-157, 2019. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>

MARQUES, Priscila de Paula *et al.* Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190118, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190118>

MARTINS, Rosa *et al.* A esperança em doentes internados em unidades de cuidados continuados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE5, p. 81-85, 2017. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0172>

MATIAS, Amanda Gilvani Cordeiro *et al.* Indicators of depression in elderly and different screening methods. **Einstein** (São Paulo), v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>

MCEWEN, Bruce S.; AKIL, Huda. Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. **Journal of Neuroscience**, v. 40, n. 1, p. 12-21, 2020. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>

MCWILLIAMS, Lachlan A.; COX, Brian J.; ENNS, Murray W. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. **Pain**, v. 106, n. 1-2, p. 127-133, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00301-4)

MELO, Rômulo Lustosa Pimenteira de *et al.* O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000200002>

MIASKOWSKI, Christine *et al.* A biopsychosocial model of chronic pain for older adults. **Pain Medicine**, v. 21, n. 9, p. 1793-1805, 2020.

<https://doi.org/10.1093/pm/pnz329>

MILLS, Sarah EE; NICOLSON, Karen P.; SMITH, Blair H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. **British Journal of Anaesthesia**, v. 123, n. 2, p. e273-e283, 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MORENO, Claudia Roberta de Castro *et al.* Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 2, p. e180018, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2>

MOURA, Eryl Catarina de; GOMES, Romeu; PEREIRA, Georgia Martins Carvalho. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 291-300, 2017.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.17482015>.

MYRRHA, Luana Junqueira Dias; TURRA, Cassio M.; WAJNMAN, Simone. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 11, n. 20, p. 37-54, 2017.

<https://www.redalyc.org/pdf/3238/323852456003.pdf>

NEWMAN, Andrea K. *et al.* The relationship of sociodemographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population. **Pain**, v. 158, n. 9, p. 1687-1696, 2017. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/j.pain.0000000000000964>

NUNES, Bruno Pereira *et al.* Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 10s, 2018.

<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>

NUNES, M. G. S. *et al.* Long-lived elderly: assessment of quality of life in the field of spirituality, religiousness and personal beliefs. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

<https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de *et al.* Investigação dos fatores psicológicos e emocionais de idosos frequentadores de clubes de dança de salão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 797-804, 2017.

<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170089>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação internacional de doenças** - CID 11, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1563440232> . Acesso em: abril 2020.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva; LOURENCO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>.

PAREDES, Stephania *et al.* An association of serotonin with pain disorders and its modulation by estrogens. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 22, p. 5729-5750, 2019. <https://doi.org/10.3390/ijms20225729>

PEDRAZA, Dixis Figueroa *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 923-933, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>

PEW RESEARCH CENTER. **Religion in Latin America**: widespread change in a historically catholic region, 2014. Disponível em <https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/7/2014/11/PEW-RESEARCH-CENTER-Religion-in-Latin-America-Portuguese-Overview-for-publication-11-13.pdf> . Acesso em 26 Janeiro 2021.

PILANIA, Manju *et al.* Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 19, s/n, e832, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; KOIZUMI, Maria Sumie; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 76-83, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000100010>

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidence of depression and associated factors among elderly community-dwelling people: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **Programa Saúde da Família – PSF**, 2020. Disponível em <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>. Acesso em: julho. 2020.

RAHMAN, Mijanur; EFIRD, Jimmy T.; BYLES, Julie E. Patterns of aged care use among older Australian women: a prospective cohort study using linked data. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 81, s/n, p. 39-47, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.11.010>

RAMOS, Fabiana Pinheiro *et al.* Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 19, s/n, e239, 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>

RUBIO, Marcela Eiras; WANDERLEY, Kátia Silva; VENTURA, Maurício Miranda. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 137-147, 2011. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14i1p137-147>

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, s/n, p. 7-19, 2002. <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>

SANTOS, Leide Daiana Alves *et al.* Religiosidade e enfrentamento religioso e espiritual de idosos participantes de um centro de convivência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, s/n, e45723, 2020. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.45723>

SARAIVA, Luís Henrique Gouvêa *et al.* Mecanismos de resposta ao estresse crônico-revisão de literatura. **Revista Científica UniVçosa**, v. 7, n. 1, p. 525-531, 2015. <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/583/734>

SARTORE, Alessandra Cristina; GROSSI, Sonia Aurora Alves. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 227-232, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>

SILVA, Amanda Ramalho *et al.* Non-communicable chronic diseases and sociodemographic associated with symptoms of depression in elderly. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>

SILVA, Marcia Regina da *et al.* Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 4, p. 293-298, 2018. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180056>

SILVA, Maritza Lordsleem; LEONIDIO, Ameliane da Conceição Reubens; FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro de. Prática de atividade física e o estresse: uma revisão bibliométrica. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 26, n. 2, p. 331-339, 2015. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v26i2.23846>

SILVA, Rafaela Martins; RODRIGUES, Bráulio Brandão; GONÇALVES, Lair da SILVA. A sexualidade na terceira idade sob a perspectiva dos idosos atendido num ambulatório de psicogeriatria do distrito federal. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 2, p. 6273-6292, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n2-071>

SILVA, Roger Rodrigues *et al.* Condições Clínicas e Saúde de Idosos no Sertão Central Cearense. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 13440-13451, 2020. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-169>

SNYDER, Charles R.; RAND, Kevin L.; SIGMON, David R. Hope theory: a member of the positive psychology family. In: GALLAGHER, Matthew W.; LOPEZ, Shane J. **Handbook of Positive Psychology**. New York: Oxford University Press. 2018. p. 257–276. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.3>

SOBRINHO, Andressa Crystine Silva da *et al.* Associação de dor crônica com força, níveis de estresse, sono e qualidade de vida em mulheres acima de 50 anos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 170-177, 2019. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18033226022019>

SOUSA, Fátima Faleiros *et al.* Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100002>

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 87, p. 123-139, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, supl. 2, e190013, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.2>

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. e00173317, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173317>

SOUZA, Érica Nestor *et al.* Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 3, e6780015, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>

STANGOR, Charles; WALINGA, Jennifer. Stress: the unseen killer. In: CUMMINGS, Jorden A.; SANDERS, Lee. **Introduction to Psychology**, Saskatoon (Canadá): University of Saskatchewan, 2019. <https://openpress.usask.ca/introductiontopsychology/chapter/stress-the-unseen-killer/>

STOMPÓR, Małgorzata *et al.* Prevalence of chronic pain, particularly with neuropathic component, and its effect on overall functioning of elderly patients. **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, v. 25, s/n, p. 2695-2701, 2019. <https://dx.doi.org/10.12659%2FMSM.911260>

SULLIVAN, Oriel. Gender inequality in work-family balance. **Nature Human Behaviour**, v. 3, n. 3, p. 201-203, 2019. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0536-3>

TERASSI, Marielli *et al.* Factors associated with depressive symptoms in elderly caregivers with chronic pain. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20170782, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0782>

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2019**. New York: United Nations, 2020. 36 p. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf

VAN BAALEN, Corine Nierop *et al.* Associated factors of hope in cancer patients during treatment: a systematic literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 7, p. 1520-1537, 2020. <https://doi.org/10.1111/jan.14344>

VARGAS, Constanza *et al.* Costs and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. **Pain Reports**, v. 3, n. 5, e656, 2018. <https://dx.doi.org/10.1097%2FPR9.0000000000000656>

VASCONCELOS, Fernando Holanda; ARAÚJO, Gessi Carvalho de. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 2, p. 176-179, 2018.

WALSH, Froma. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. **Family Process**, v. 46, n. 2, p. 207-227, 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>

WHITE, Robert S. *et al.* Higher perceived stress scale scores are associated with higher pain intensity and pain interference levels in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 12, p. 2350-2356, 2014. <https://doi.org/10.1111/jgs.13135>

WILLIAMS, Amanda C. de C.; CRAIG, Kenneth D. Updating the definition of pain. **Pain**, v. 157, n. 11, p. 2420-2423, 2016. <https://insights.ovid.com/article/00006396-201611000-00006>

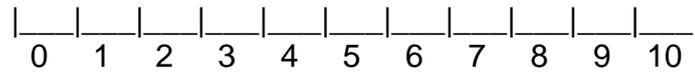
YESAVAGE, Jerome A., SHEIKH, Javid I. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health**, v. 5 n. 1-2, p. 165–173, 1986. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09

ZIS, Panagiotis *et al.* Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. **Clinical Interventions in Aging**, v. 12, p. 709-720, 2017. <https://dx.doi.org/10.2147%2FCIA.S113576>

8 ANEXOS

Anexo A - Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR)

ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR



De acordo com a classificação da dor (no caso deste estudo crônica) assinalar na coluna correspondente, um ou mais descritores que caracterizam a dor do paciente.

() Dor crônica

1)Deprimente ()

1. Que deprime; depressiva; depressora.

2)Persistente ()

1. Que é constante; que continua, prossegue; insiste.

2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

3)Angustiante ()

1. Que angustia; angustiosa.

4)Desastrosa ()

1. Em que há ou que produz acontecimento calamitoso; especialmente o que ocorre de súbito, ocasionando grande dano ou prejuízo.

5)Prejudicial ()

1. Que prejudica; nociva; lesiva.

6)Dolorosa ()

1. Que produz dor; dolorifica; dorida.

7)Insuportável ()

1. Não suportável; intolerável.

2. Incômoda; molesta.

8)Assustadora ()

1. Que assusta; assustosa.

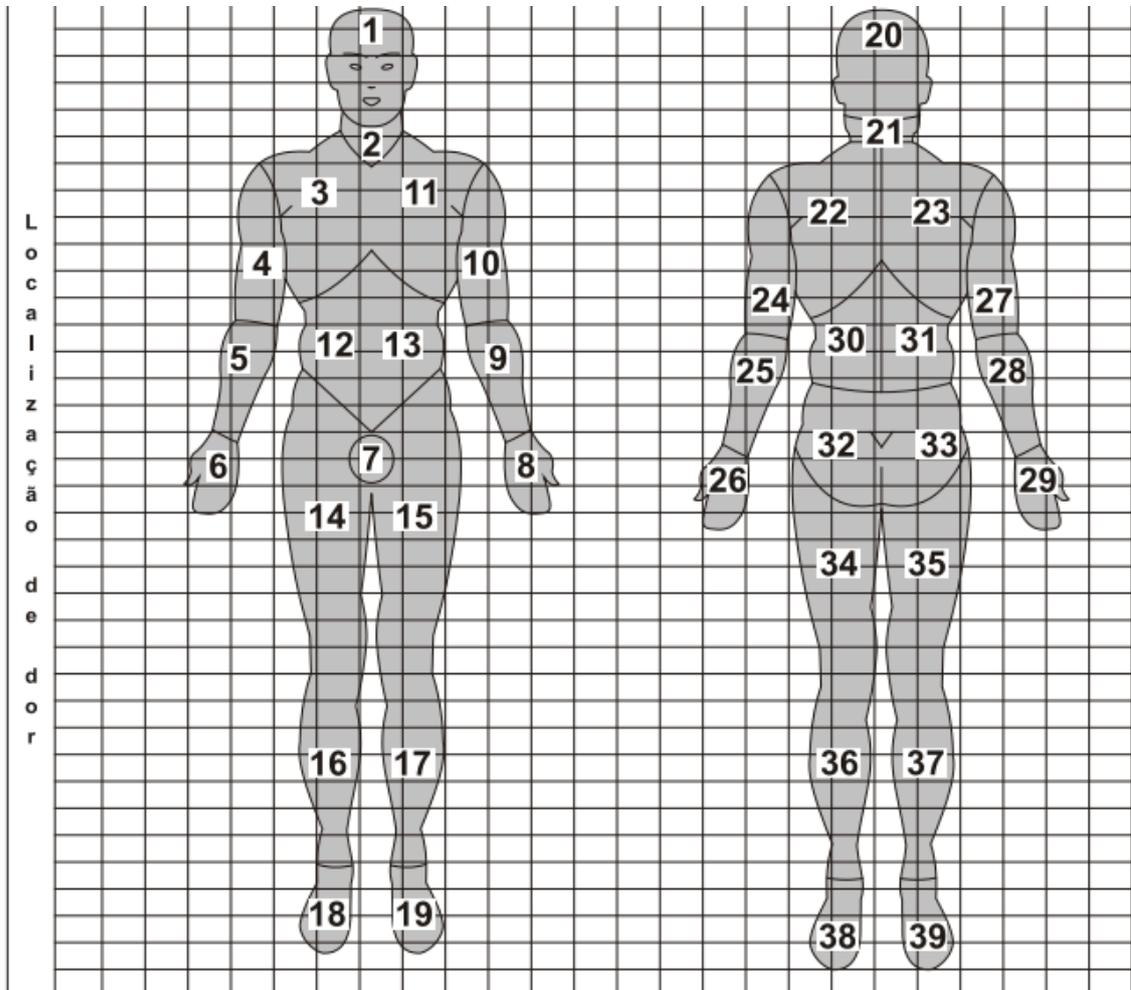
9)Cruel ()

1. Dura; insensível; cruenta.

10)Desconfortável ()

1. Não confortável; inconfortável

3-O profissional solicitará que o idoso indique, no próprio corpo, a localização da dor percebida. Após a indicação, o profissional deverá situar a(s) área(s) pertinente(s) no instrumento.



ANEXO B - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

ANEXO C - Escala de Estresse Percebido

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Neste último mês, com que frequência...

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação		0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

ANEXO D – Escala de Esperança de Herth (EEH)

Avaliação dos Resultados:

O escore total é dado pela soma da pontuação obtida em cada item.

Há dois itens: **a afirmação de número 3 e a de número 6, que apresentam escores invertidos.**

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
Pontuação	1	2	3	4
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo.				
3. Eu me sinto muito sozinho (a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

8. APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário de caracterização sociodemográfica da idosa

Nome: _____

Idade (em anos): _____

Estado civil:

- casado/companheiro
- solteiro
- viúvo
- divorciado/separado/desquitado)

Escolaridade (em anos): _____

Raça/cor da pele:

- branca
- mulata/cabocla/pardo
- preta
- amarela
- indígena

Religião:

- Tem, Qual? _____ Pratica: Sim Não
- Não tem

Aposentado(a)? Sim Não

Renda individual (em reais): _____

Renda familiar (em reais): _____

Considera a renda suficiente? Sim Não

Plano de saúde

- Tem
- Não tem