

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

GABRIELLE ESTEFANY SIQUEIRA

**RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E DOR EM PESSOAS IDOSAS INSERIDAS EM  
CONTEXTO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL**

São Carlos - SP  
2024

GABRIELLE ESTEFANY SIQUEIRA

**RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E DOR EM PESSOAS IDOSAS INSERIDAS EM  
CONTEXTO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Enfermagem da Universidade Federal de  
São Carlos, como parte dos requisitos  
para obtenção do título de bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ariene Angelini  
dos Santos Orlandi

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina  
Ottaviani

São Carlos - SP  
2024

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho em memória da Sacha, que, embora não esteja mais presente fisicamente neste mundo, viverá para sempre em meu coração e nas minhas melhores lembranças. Aquela que, com sua lealdade e fidelidade incomparáveis, acompanhou de perto cada etapa do meu progresso, ensinando-me sobre o amor verdadeiro e a conexão mais pura, mesmo sem pronunciar uma única palavra.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida, por todas as oportunidades que recebi e por cada pessoa que Ele colocou no meu caminho.

Ao meu pai, Marcos, meu maior exemplo de ser humano. Um homem de caráter e honra, que cuida de todos ao seu redor com amor e empatia, sempre enxergando um pouco de si naqueles que precisam. Tenho muito orgulho de ter aprendido com ele a sonhar e lutar por um futuro melhor.

À minha mãe, Leonice, cuja força e determinação são inspirações constantes. Com sua garra, me ensinou a batalhar pelos meus sonhos e, junto ao meu pai, me proporcionou o privilégio de estudar e ser quem sou hoje.

Ao meu irmão, Miguel, que me incentiva a ser uma pessoa melhor e a lutar por um mundo mais justo. Ele resgata minha criança interior e, com ele, desejo manter um vínculo eterno de amor e companheirismo.

Ao meu namorado, Eduardo, que não apenas me ajudou a superar os desafios tecnológicos na construção deste trabalho, mas também me incentiva diariamente e me ensina a enxergar a vida com mais leveza.

À minha orientadora, Prof. Dra. Ariene, e à coorientadora, Dra. Ana Carolina, que, com paciência e maestria, me guiaram na realização deste trabalho. Agradeço pelo exemplo de profissionalismo e dedicação, fundamentais para a conclusão deste TCC.

Por fim, agradeço a cada pessoa que passou pela minha vida. Cada uma, com seu jeito único, deixaram marcas e ensinamentos que carrego comigo e contribuíram para que eu me tornasse quem sou hoje.

## RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E DOR EM PESSOAS IDOSAS INSERIDAS EM CONTEXTO DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL

### RESUMO

**Introdução:** Pessoas idosas podem apresentar necessidades específicas de saúde e isso nos faz refletir sobre a importância de investigar questões que possam melhorar a qualidade de vida e a saúde em idades avançadas. Diante disso, o apoio social tem sido considerado um importante determinante de saúde e doença, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social. A literatura aponta que o apoio social é capaz de reduzir a ocorrência de eventos indesejáveis entre as pessoas idosas, inclusive a dor. **Objetivo:** analisar a relação entre apoio social e dor em pessoas idosas inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social. **Método:** trata-se de um estudo transversal e quantitativo com 123 pessoas idosas de um município do interior paulista, realizado entre julho de 2019 e março de 2020. Os dados foram coletados por meio de questionários de caracterização sociodemográfica, avaliação da dor (presença, duração, frequência e intensidade) e a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study. Foram realizadas análises descritivas e os testes de correlação, com significância de  $p < 0,05$ . Todos os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos foram respeitados. **Resultados:** A amostra foi predominantemente composta por mulheres, casadas, com baixa escolaridade e aposentadas. A prevalência de dor foi de 84,6%, sendo 88,46% crônica, com intensidade média de 7,2 ( $\pm 2,69$ ). Em relação ao apoio social, o maior escore foi na dimensão afetiva e o menor na dimensão de interação social positiva. Não houve correlação estatisticamente significativa entre a intensidade ou o tipo de dor e as dimensões de apoio social (material, afetivo, emocional, informativo e interação social positiva). **Conclusão:** Embora prevalente, a dor não apresentou correlação significativa com o apoio social entre pessoas idosas em contexto de alta vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Apoio Social; Dor; Idoso; Vulnerabilidade Social.

## ABSTRACT

**Introduction:** Older people may have specific health needs, which prompts reflection on the importance of investigating issues that can improve quality of life and health in old age. Therefore, social support has been recognized as an important determinant of health and disease, especially in contexts of high social vulnerability. Literature indicates that social support can reduce the occurrence of undesirable events among older people, including pain.

**Objective:** To analyze the relationship between social support and pain in older people in a context of high social vulnerability. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative study involving 123 older adults from a city in the interior of São Paulo, conducted between July 2019 and March 2020. Data were collected through sociodemographic questionnaires, pain assessments (presence, duration, frequency, and intensity), and the Social Support Scale of the Medical Outcomes Study. Descriptive analyses and correlation tests were performed, with significance set at  $p < 0.05$ . All ethical guidelines for research involving human participants were adhered to. **Results:** The sample predominantly consisted of married women, with low education levels and mostly retired. The prevalence of pain was 84.6%, of which 88.46% was chronic, with an average intensity of 7.2 ( $\pm 2.69$ ). Regarding social support, the highest score was in the affective dimension, and the lowest in the positive social interaction dimension. There was no statistically significant correlation between the intensity or type of pain and the dimensions of social support (material, affective, emotional, informational, and positive social interaction). **Conclusion:** Although prevalent, pain did not show a significant correlation with social support among older people in a context of high vulnerability.

**Keywords:** Social Support; Pain; Elderly; Social Vulnerability.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Diagrama de dispersão segundo o escore total de apoio social e intensidade da dor das pessoas idosas. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=104).....	28
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos participantes segundo aspectos sociodemográficos (n=123). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020. ....	25
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos participantes segundo aspectos de saúde (n=123). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020.....	25
<b>Tabela 3</b> - Análise descritiva do apoio social dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020. ....	26
<b>Tabela 4</b> - Análise de correlação entre intensidade da dor e apoio social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020. ....	27
<b>Tabela 5</b> - Análise comparativa entre os grupos segundo a mediana de apoio social e tipo de dor. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020. ....	28

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

dp - desvio padrão

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

p25 - percentil 25

p75 - percentil 75

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

USF - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 A dor em pessoas idosas	11
1.2 Apoio social e dor em pessoas idosas	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	18
<b>3 OBJETIVOS</b>	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos	20
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b>	21
4.1 Delineamento, local e período do estudo	21
4.2 População e amostra	21
4.3 Procedimento para coleta de dados	22
4.4 Instrumentos para coleta de dados	22
4.5 Aspectos éticos	23
4.6 Análise dos dados	23
<b>5 RESULTADOS</b>	25
<b>6 DISCUSSÃO</b>	29
<b>7 CONCLUSÃO</b>	34
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	35
<b>9 APÊNDICES</b>	40
A. Instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde	40
B. Instrumentos para avaliação da dor	44
C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
<b>10 ANEXOS</b>	47
A. Escala de apoio social do Medical Outcomes Study	47
B. Parecer de aprovação do Comitê de Ética	48

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A dor em pessoas idosas

O envelhecimento populacional vem acontecendo em todo o mundo, como resultado da queda das taxas de fecundidade, de natalidade e de mortalidade e do aumento da expectativa de vida. Além disso, a longevidade adveio da evolução tecnológica no campo da saúde (ex: diagnósticos mais precoces, tratamentos mais eficazes, novos medicamentos) e da melhoria das condições de vida (ex: acesso a saneamento básico, melhores condições alimentares, educacionais, de moradia), as quais propiciaram condições de saúde mais favoráveis, fazendo com que as pessoas vivessem por mais tempo (Oliveira *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2021).

Dessa forma, a transição demográfica se tornou evidente diante das alterações na constituição etária do Brasil, visto que o número de idosos passou a crescer enquanto o número de crianças e adolescentes a reduzir (OLIVEIRA *et al.*, 2019). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o crescimento da população idosa tem aumentado significativamente, progredindo cerca de 4% a cada ano. Estimativas apontam que em 2050 16% da população brasileira será constituída por pessoas com 60 anos ou mais, existindo mais pessoas idosas do que crianças, se tornando o sexto país com mais idosos no mundo (IBGE, 2013; Oliveira, 2019; Silva *et al.*, 2021).

Concomitantemente à transição demográfica ocorreu a transição epidemiológica, a qual evidenciou alterações em relação às principais causas de morte e de adoecimento da população (Cortez *et al.*, 2019). Nesse contexto, a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias diminuiu, havendo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Oliveira, 2019). As DCNT são mais prevalentes no público idoso, visto que a própria senescência acarreta alterações biopsicossociais que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo (Oliveira, 2019; Silva *et al.*, 2022). Ademais, podem ser acompanhadas pela dor, que é outra característica que se manifesta de forma prevalente em pessoas idosas (Figueiredo *et al.*, 2021).

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (IASP, 2020). Pode ser classificada segundo ao local de origem (neuropática, nociceptiva, nociplástica ou mista) e tempo de duração (aguda ou crônica) (Araújo *et al.*, 2020; Trouvin *et al.*, 2019).

A dor neuropática ocorre devido a um dano ou disfunção do sistema nervoso somatossensorial. A dor nociceptiva está relacionada a uma lesão real ou iminente a um tecido não ligado ao sistema nervoso e ocorre devido à estimulação dos nociceptores. A dor nociplástica se origina da nocicepção alterada, embora não haja indícios de dano tecidual real ou potencial do sistema somatossensorial ou da ativação de nociceptores periféricos. A dor mista envolve uma interação complexa dos componentes neuropáticos, nociceptivos e nociplásticos (Trouvin *et al.*, 2019). Ademais, a dor pode ser classificada quanto ao seu tempo de duração. A dor é considerada crônica quando prevalece por tempo superior a três meses. A aguda ocorre como uma reação do organismo diante de estímulos nocivos, a qual tende a desaparecer em um prazo inferior a três meses (Kuner; Kuner, 2020; Ridder *et al.*, 2021).

A dor pode repercutir em limitações e incapacidade em relação às pessoas idosas, além de ser altamente prevalente nos idosos brasileiros. Recente revisão sistemática objetivou sintetizar os estudos existentes sobre a prevalência de dor crônica no Brasil e seus fatores associados. A partir de 15 estudos selecionados, os autores identificaram que a prevalência de dor na população idosa variou de 29,3% a 76,2%. Os fatores associados à dor foram sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, tabagismo, obesidade, sedentarismo, uso abusivo de álcool, atividade laboral intensa e transtorno de humor. Além disso, as pessoas idosas procuravam os consultórios médicos frequentemente, possuíam mais distúrbios do sono e estavam dependentes das atividades cotidianas. Cerca de metade da população idosa com dor crônica relatou incapacidade em decorrência da dor (Santiago *et al.*, 2023).

Um estudo de coorte prospectivo foi realizado na Espanha com 772 pessoas idosas não institucionalizadas, com o intuito de verificar se a dor é um fator de risco para quedas recorrentes em pessoas idosas e nas longevas. Os autores observaram que, dentre os idosos mais jovens, a prevalência de dor foi de 51,35%, com predomínio de leve intensidade (37,7%). No grupo das pessoas longevas, a prevalência de dor foi de 52%, sendo a maioria de moderada intensidade (45,8%). No grupo de idosos mais jovens, a dor moderada a intensa se associou ao risco aumentado de quedas recorrentes. No entanto, isso não pôde ser observado no grupo longo. Concluíram que a dor possui elevada prevalência na população idosa e pode ser considerada como fator de risco para quedas recorrentes em idosos mais jovens (Gálvez-Barrón *et al.*, 2020).

Uma pesquisa transversal realizada na província de Sichuan na China com 1.381 pessoas idosas da comunidade, com o objetivo de estimar a prevalência e identificar características e comportamentos de busca de saúde relacionados à dor. Como resultados,

obtiveram que 57,3% dos participantes apresentaram dor crônica, sendo que aqueles que moravam em áreas rurais, que possuíam baixa renda mensal e com comorbidades demonstraram maior probabilidade de ter dor crônica. Além disso, indivíduos de 70 a 79 anos apresentaram mais dor quando comparados às pessoas idosas de outras faixas etárias. Os locais mais prevalentes de dor foram membros inferiores (53,3%), cabeça (23,6%) e abdome/pelve (21,1%). O sono, as atividades cotidianas e a prática de caminhada foram afetados pela dor. Alguns faziam uso de medicação para alívio da dor, enquanto outros adotavam medidas não farmacológicas como massagem e acupuntura (Li *et al.*, 2021).

Com o objetivo de detectar a prevalência de dor crônica em pessoas idosas com mais de 70 anos e identificar a relação entre dor crônica e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde, um estudo foi realizado com 419 participantes pertencentes a dois municípios do interior de São Paulo. A prevalência de dor foi de 57% e se associou diretamente com sexo feminino, índice de massa corporal (IMC) elevado, presença de multimorbidade e sintomas depressivos e de insônia. A dor crônica mediou a relação entre sexo, IMC, multimorbidade, sintomas de insônia com a autoavaliação de saúde (Ciola *et al.*, 2020).

Diante do exposto, a dor pode ser considerada um importante problema de saúde pública, em decorrência da elevada prevalência, da sobrecarga e maiores custos relacionados ao sistema de saúde e do impacto severo que pode ser causado na vida das pessoas idosas e de seus familiares (Domenichiello; Ramsden, 2019; Santiago *et al.*, 2023). Ao se considerar o indivíduo com um ser biopsicossocial, a dor pode exercer efeitos adversos nas diversas esferas, podendo culminar em redução da mobilidade, comprometimento funcional, incapacidade de realizar atividades cotidianas, isolamento social, alterações do sono, ansiedade e depressão, fatores que certamente contribuirão para o prejuízo da qualidade de vida (Schwan *et al.*, 2019; Freitas *et al.*, 2022), além de morte prematura e declínio cognitivo acelerado (Domenichiello; Ramsden, 2019).

Por ser considerada como o quinto sinal vital, a dor carece de ser avaliada como uma prioridade dentre os aspectos de saúde das pessoas idosas (Freitas *et al.*, 2022). Pesquisadores apontam que aspectos sociais também podem exercer influência sobre a dor, sendo o apoio social um elemento importante nesse contexto (Che *et al.*, 2018; Richmond *et al.*, 2018).

## **1.2 Apoio social e dor em pessoas idosas**

O conceito de rede social abrange a teia de interações sociais que oferece suporte quando este se faz necessário. É composta pelas pessoas/instituições que fazem parte da vida de um indivíduo, como por exemplo, o sistema de saúde, as organizações religiosas, os familiares, os vizinhos e as pessoas do trabalho. Por sua vez, o apoio social pode ser entendido como a função mais importante da rede, que permite ajuda mútua entre os envolvidos (Mcdowell; Newell, 1996; Bowling, 1997; O'reilly, 1998).

A literatura aponta que existem diversas formas de apoio social, tais como instrumental, emocional, informativo, afetivo e interação social positiva. O apoio instrumental está ligado à assistência prática e material, ou seja, à disponibilidade de auxílio físico, como ajuda financeira ou nas tarefas domésticas. O apoio emocional envolve empatia e pode ser observado em uma escuta atenta, por exemplo. O apoio informativo se refere a orientações e conselhos, os quais são imprescindíveis para a tomada de decisões. O apoio afetivo diz respeito às demonstrações físicas de afeto, como gestos carinhosos. A interação social positiva retrata a possibilidade de poder contar com pessoas a fim de dividir momentos e se divertir (Griep *et al.*, 2005).

O apoio social exerce um papel essencial no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas (Dural *et al.*, 2021). À medida que a população envelhece, surgem diversos desafios nos âmbitos biológico, psicológico, cultural e social. Sabe-se que o encolhimento dos círculos sociais decorrente do falecimento de amigos e familiares pode agravar as desigualdades de saúde na velhice. Está bem documentada a relação entre os determinantes sociais de saúde e a saúde, os quais correspondem a até 55% dos resultados adversos à saúde em todo o mundo. O grau em que as condições sociais de uma pessoa a deixam mais exposta a eventos adversos de saúde é definido como vulnerabilidade social (Mah *et al.*, 2022).

A vulnerabilidade social ocorre quando os determinantes sociais de saúde desfavorecem os indivíduos, deixando-os mais suscetíveis a desfechos negativos relacionados à saúde. Uma revisão sistemática da literatura incluiu 38 estudos e apontou que é extremamente necessária a redução da vulnerabilidade social em relação à melhoria da saúde da pessoa idosa, tendo o apoio social como um importante elemento neste contexto (Mah *et al.*, 2022). O apoio social percebido surge como um mecanismo fundamental para enfrentar dificuldades, promovendo a resiliência diante de situações desafiadoras na velhice e o bem-estar geral. Seus benefícios se estendem tanto à saúde física quanto mental, contribuindo para melhor qualidade de vida (Dural *et al.*, 2021).

Pesquisadores apontam que ter uma rede social adequada que oferece apoio satisfatório proporciona às pessoas idosas um senso de valor, reduz a pressão psicológica e promove a satisfação com a vida, suaviza o impacto negativo dos sintomas depressivos (TIAN *et al.*, 2022) e diminui os índices de queda (Tavares; Oliveira; Ferreira, 2020). Além disso, o apoio social desempenha um papel importante na mitigação da solidão, um desafio comum na velhice (Czaja *et al.*, 2021). Para promover o apoio social na velhice, é fundamental fortalecer as redes sociais, incentivar o envolvimento familiar mediante relações alicerçadas em reciprocidade, confiança e cooperação, além de facilitar o acesso a grupos de apoio e atividades comunitárias. Essas medidas são essenciais para prevenir e melhorar os sintomas depressivos associados ao envelhecimento (Dural *et al.*, 2021; Tian *et al.*, 2022).

Um estudo prospectivo realizado em Portugal investigou os efeitos de diferentes fontes de apoio social sobre o risco de comprometimento cognitivo em pessoas idosas ao longo de quatro anos. Participaram deste estudo 341 pessoas idosas. Os resultados mostraram que o apoio social originário de amigos desempenhou um papel importante na cognição, tendo em vista que o aumento no apoio social reduziu a taxa de risco de comprometimento cognitivo em 23%. Além disso, indivíduos com idade entre 80 e 85 anos, com baixa escolaridade e com comprometimento cognitivo apresentam percepção reduzida de apoio social vindo dos amigos (Pais *et al.*, 2021).

Um estudo transversal foi realizado em Uberaba, Minas Gerais, Brasil com 962 pessoas idosas a fim de examinar a relação entre o apoio social e as condições de saúde dessas pessoas. Como resultados, obtiveram que a pontuação média de apoio social foi de 88,14 ( $\pm 16,81$ ), sendo o apoio material a dimensão com escore mais alto ( $92,03 \pm 17,36$ ). A ausência de quedas no último ano e a inexistência de sintomas depressivos estavam associadas a um maior nível de apoio social. Esses achados ressaltam a importância da elaboração de um plano de cuidados individualizado que englobe o apoio social como uma estratégia benéfica para a saúde e bem-estar das pessoas idosas (Ferreira; Gomes; Tavares, 2020).

Uma pesquisa derivada do Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil) foi conduzida com 7.651 participantes, com média de idade de 61,9 anos, com o objetivo de verificar fatores associados à qualidade de vida percebida (QVP). Os resultados mostraram que a frequência de contato com amigos pelo menos uma vez a cada 2 ou 3 meses aumentou 25% a probabilidade de se ter uma QVP favorável, enquanto o contato semanal aumentou em 36%. Além disso, o apoio instrumental no lar, oriundo do companheiro, resultou em um aumento de 69% na probabilidade de se ter uma QVP favorável. O apoio emocional proveniente de parentes resultou em um aumento de 45%, vindo de filhos, nora ou

genro de 41%, e proveniente do companheiro de 33% a probabilidade de se ter uma QVP favorável. Esses resultados enfatizam a importância das relações sociais e do apoio recebido para promover uma melhor qualidade de vida (Neri *et al.*, 2018).

O apoio social é fundamental para minimizar a dor em pessoas idosas (CHE *et al.*, 2018). Perceber o apoio social como adequado e participar de atividades sociais significativas ajudam a reduzir a percepção de dor, melhorar a qualidade de vida e prevenir o desenvolvimento da dor crônica. O apoio social oferece compreensão, reduz o isolamento e aumenta a confiança na busca por estratégias eficazes para lidar com a dor. Além disso, o apoio social fornece distração positiva, encorajamento e motivação, auxiliando as pessoas idosas a se envolverem em atividades que reduzem a intensidade da dor (Powell *et al.*, 2022).

Uma revisão sistemática foi realizada a partir de 38 estudos com o objetivo de explorar o efeito do apoio social sobre a experiência da dor. Os resultados sugeriram que o apoio social exerce um efeito protetor e está associado à diminuição da experiência de dor através da gestão do estresse. Ao reduzir a influência do estresse, o apoio social pode repercutir em menor percepção e maior tolerância à dor. O apoio social pode auxiliar as pessoas idosas a lidarem com eventos negativos e estressantes que acontecem ao longo da vida e assim gerenciar a experiência de dor (Che *et al.*, 2018).

Um estudo foi conduzido nos Estados Unidos com 4.161 participantes idosos, com o objetivo de examinar os efeitos de recursos positivos e atributos negativos nos resultados de dor nas costas, osteoartrite e artrite reumatoide. A análise demonstrou que o apoio social desempenhou um papel significativo na gravidade e na interferência da dor. A alta resiliência foi um fator protetor que reduziu a intensidade da dor moderada e intensa em 40% a 60%, enquanto redes sociais diversificadas reduziram a intensidade da dor em 30% a 40% (Musich *et al.*, 2019).

Um estudo transversal foi realizado na Inglaterra com 4.977 pessoas idosas a fim de examinar a associação entre dor musculoesquelética e aspectos sociais, incluindo solidão, apoio social e engajamento social. Como resultados, obtiveram que houve associação entre dor musculoesquelética e solidão e apoio social. Pessoas idosas que relataram dor apresentaram maiores chances de se sentirem solitárias e de perceberem como insuficiente o apoio social quando comparadas àquelas sem dor. Não houve associação entre dor e engajamento social (Nicolson *et al.*, 2021).

Diante do exposto, a literatura demonstra que o apoio social percebido como suficiente está associado à minimização da dor em pessoas idosas. Será que o mesmo ocorre com pessoas idosas inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social? Pessoas idosas com maiores escores de apoio social percebido apresentam menor prevalência de dor e/ou menor intensidade de dor quando comparadas àquelas com menores escores de apoio social percebido?

A hipótese do estudo é que há relação estatisticamente significativa entre apoio social e dor em pessoas idosas inseridas em contextos de alta vulnerabilidade social. Além disso, idosos com maiores escores de apoio social percebido apresentam menor prevalência e/ou menor intensidade de dor quando comparados aos idosos com menores escores de apoio social percebido.

## 2 JUSTIFICATIVA

Necessidades particulares relativas à saúde das pessoas idosas podem existir e isso realça a importância de se estudar os aspectos capazes de propiciar melhor qualidade de vida e saúde na velhice. Nesse sentido, o apoio social se faz um importante determinante de saúde e doença. Há evidências na literatura de que a chance de um evento indesejável acontecer na vida de uma pessoa idosa diminui na presença do apoio social (Ferreira; Gomes; Tavares, 2020; Dural *et al.*, 2021; Tian *et al.*, 2022; Powell *et al.*, 2022).

Diante do envelhecimento populacional e da maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a dor pode se fazer presente no cotidiano de muitas pessoas idosas. Essa condição é considerada um importante problema de saúde pública, em decorrência da elevada prevalência, da sobrecarga e maiores custos relacionados ao sistema de saúde e do impacto severo que pode ser causado na vida das pessoas idosas e de seus familiares (Domenichiello; Ramsden, 2019; Santiago *et al.*, 2023). Além disso, acarreta limitações significativas no desempenho das atividades diárias, compromete a qualidade de vida, além de interferir negativamente no sono noturno, pode culminar em isolamento social, redução da participação em atividades prazerosas e impactos negativos na saúde mental, como sintomas depressivos e ansiosos. Diante do exposto, é fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem abrangente no manejo da dor em pessoas idosas, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os impactos emocionais, sociais e psicológicos (Atílio *et al.*, 2021).

Sabe-se que as disparidades socioeconômicas podem exercer um efeito acumulativo ao longo do tempo sobre a saúde das pessoas idosas e se refletir na maior exposição a desfechos negativos (Mah *et al.*, 2022), como por exemplo doenças e dor. A literatura aponta que barreiras socioeconômicas, níveis de educação mais baixos, condições precárias de moradia e crenças pessoais podem afetar o acesso a cuidados adequados e influenciar a busca por alívio da dor (Atílio *et al.*, 2021). Recente revisão sistemática apontou o apoio social como um importante elemento para minimizar o impacto da vulnerabilidade social na saúde das pessoas (Mah *et al.*, 2022).

Há uma lacuna importante na literatura ao se observar a escassez de estudos sobre a relação entre dor e apoio social em pessoas idosas inseridas em contextos de alta vulnerabilidade social, o que demanda novas investigações. Essa temática se mostra relevante e pertinente, principalmente em um cenário de alta vulnerabilidade social, visto que pode haver um impacto negativo na vida dessas pessoas. Nesse sentido, os profissionais de saúde

podem avaliar a pessoa idosa de maneira ampla com o intuito de rastrear precocemente as queixas e planejar intervenções assertivas capazes de melhorar a qualidade de vida e a saúde na velhice.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a relação entre apoio social e dor em pessoas idosas inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar as pessoas idosas segundo aspectos sociodemográficos e de saúde
- Avaliar o apoio social percebido pelas pessoas idosas
- Verificar o número de integrantes da rede de apoio social das pessoas idosas
- Identificar a prevalência de dor nas pessoas idosas
- Descrever a dor das pessoas idosas em relação ao tipo, frequência e intensidade
- Identificar a existência de relação entre apoio social e dor em pessoas idosas
- Comparar a prevalência de dor dentre o grupo de pessoas idosas com maiores escores de apoio social percebido e aquelas com menores escores de apoio social percebido

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Delineamento, local e período do estudo**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, sendo um recorte de um estudo maior intitulado “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”, o qual foi realizado em São Carlos, São Paulo, Brasil, no período de julho de 2019 a março de 2020, com pessoas idosas, pertencentes ao setor urbano, cadastradas em cinco Unidades de Saúde da Família (USF), inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

Sete categorias compõe o IPVS: Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade), Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), Grupo 3 (vulnerabilidade baixa), Grupo 4 (vulnerabilidade média), Grupo 5 (vulnerabilidade alta – setores urbanos), Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta) e Grupo 7 (vulnerabilidade alta – setores rurais) (FUNDAÇÃO SEADE, 2010). Na época do planejamento do estudo maior, os pesquisadores identificaram nenhuma USF inserida em áreas de vulnerabilidade social muito alta (IPVS = 6) e nove USFs em áreas de alta vulnerabilidade social (IPVS = 5). Entretanto, apenas cinco delas aceitaram participar do estudo.

### **4.2 População e amostra**

A população do estudo maior foi composta por pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos e que estavam cadastradas em USFs pertencentes ao setor urbano do município. Participaram do estudo as pessoas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais; estar cadastrado em uma USF pertencente ao contexto de alta vulnerabilidade social (IPVS=5); e residir em um domicílio composto por pelo menos duas pessoas idosas. Os critérios de exclusão adotados foram: dificuldades de comunicação devido a problemas auditivos e/ou visuais identificados pelos pesquisadores no momento da coleta de dados, os quais pudessem dificultar a aplicação dos instrumentos e testes propostos; óbito; mudança de endereço; não ser encontrado diante de três tentativas em dias e horários distintos.

A amostra do estudo maior foi selecionada, por conveniência, a partir de uma listagem com 168 domicílios, a qual foi elaborada pelos profissionais de saúde das cinco USFs. Após a visita em todos os domicílios, pessoas idosas de 49 residências se recusaram a participar do estudo e pessoas idosas de 54 residências foram excluídas devido aos critérios anteriormente citados. Sendo assim, participaram da coleta de dados às pessoas idosas dos 65 domicílios

restantes, ou seja, 130 indivíduos. No entanto, seis pessoas idosas não conseguiram responder todo o protocolo de coleta de dados. Diante disso, a amostra foi composta por 124 participantes. Entretanto, um deles não respondeu na totalidade um dos instrumentos de interesse para o presente estudo. Dessa forma, a amostra final do presente estudo foi composta por 123 pessoas idosas do banco de dados do estudo maior. Devido à intenção de investigar todos os idosos contidos na listagem oferecida pelas USFs, não foi realizado cálculo do tamanho amostral. Vale ressaltar que essa amostra apresentou um poder de 94%.

#### **4.3 Procedimento para coleta de dados**

O contato inicial foi realizado pelos pesquisadores do estudo maior com a equipe das cinco USFs, a fim de que uma lista com os nomes e endereços dos potenciais participantes fosse elaborada. Em posse dessa lista, visitas domiciliares para apresentação do estudo, convite para participar e checagem do atendimento dos critérios de inclusão e exclusão foram realizadas em todas as residências contidas na lista. Após a verificação de tais critérios, nova visita domiciliar foi agendada para os interessados para o início das avaliações. A coleta de dados ocorreu em um único momento, no domicílio dos participantes, em espaço disponibilizado por eles. Teve duração aproximada de duas horas e foi realizada por oito estudantes de graduação e pós-graduação previamente treinados.

#### **4.4 Instrumentos para coleta de dados**

Em relação ao estudo maior, o protocolo de coleta de dados foi dividido em seções, que versavam sobre: caracterização dos participantes, capacidade funcional, qualidade do sono, cognição, fragilidade, estresse percebido, sobrecarga, funcionalidade familiar, qualidade de vida, apoio social, felicidade subjetiva, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, sintomas depressivos e dor. Para o presente estudo, foram analisadas as variáveis relativas à caracterização dos participantes, apoio social e dor.

- **Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes (APÊNDICE A):** questionário previamente elaborado pelos pesquisadores, com informações sobre: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos), estado civil (com companheiro ou sem companheiro), escolaridade (em anos), aposentadoria (sim ou não), trabalho atual (sim ou não), renda familiar e individual (em reais), considera a renda suficiente (sim ou não), quantidade de pessoas que residem na casa, plano particular de saúde (sim ou não), número de medicamentos em uso, queda e internações no último ano (sim ou não; quantidade),

multimorbidades (sim ou não), atividade física (sim ou não), etilismo (sim ou não), tabagismo (sim ou não).

- **Apoio Social:** esta variável foi avaliada mediante a aplicação do instrumento denominado Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (ANEXO A), o qual contempla cinco dimensões funcionais de apoio social (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação) contempladas em 19 itens. Para cada item, o participante deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio segundo as opções de resposta nunca (1 ponto), raramente (2 pontos), às vezes (3 pontos), quase sempre (4 pontos) e sempre (5 pontos). Os escores são obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas respostas de cada uma das dimensões e divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. Dessa forma, obtém-se um escore para cada uma das cinco dimensões que pode variar de 20 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior o nível de apoio social (SHERBOURNE; STEWORT, 1991; GRIEP et al., 2005).

- **Dor:** foi elaborado previamente um instrumento (APÊNDICE B) para avaliação da dor, o qual contemplou as seguintes informações: presença de dor (sim ou não). Em caso afirmativo: duração da dor (aguda – menos de 3 meses ou crônica – 3 meses ou mais); frequência com que sente dor (quase todos os dias; uma ou duas vezes por semana; uma vez a cada quinze dias; uma vez por mês); e intensidade da dor (escala visual analógica que variou de zero: ausência de dor a 10: pior dor possível). A dor foi considerada a variável dependente do presente estudo.

#### **4.5 Aspectos éticos**

As diretrizes éticas contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFSCar (parecer nº 3.275.704, 22/04/2019) (ANEXO B). Após explicações verbais sobre o estudo, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

#### **4.6 Análise dos dados**

As informações obtidas no protocolo de coleta de dados do estudo maior foram conferidas e digitadas por duas pessoas distintas em planilhas do Excel. Em seguida, foram transportadas para o aplicativo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

Para o presente estudo, foram feitas análises descritivas para caracterização do perfil da amostra. Medidas de posição e de dispersão (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana, percentis 25 e 75) foram apresentadas para as variáveis contínuas. Tabelas com valores absolutos e percentuais foram elaboradas para as variáveis categóricas. O teste de Kolmogorov-Smirnov detectou não aderência à distribuição normal. Diante disso, foram aplicados os seguintes testes não paramétricos:  $\chi^2$  de Pearson e Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

## 5 RESULTADOS

Participaram do presente estudo 123 pessoas idosas residentes na comunidade em regiões de alta vulnerabilidade social. A Tabela 1 destaca a caracterização sociodemográfica das pessoas idosas.

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes segundo aspectos sociodemográficos (n=123). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=123)

Variáveis	Categorias	n(%)	Média (dp)	Mediana	[p25-p75]
Idade (anos)			68,88 (6,91)	70	64-74
Sexo	Feminino	67(54,47)			
	Masculino	56(45,53)			
Escolaridade (anos)			3,03 (2,92)	3	0,5-4
Estado civil	Com companheiro	114(92,68)			
	Sem companheiro	9(7,32)			
Renda individual (reais)			1201,87(866,49)	998,00	998,00–1500,00
Renda familiar (reais)			2328,39(1121,93)	2000,00	1996,00-2700,00
Aposentado	Não	25(20,33)			
	Sim	98(79,67)			
Trabalha atualmente	Não	106(86,18)			
	Sim	17(13,82)			
Renda suficiente	Não	71(57,72)			
	Sim	52(42,28)			
Número pessoas na casa			2,85(1,33)	2	2-3

Fonte: elaborada pelas autoras. dp= desvio padrão; p25 = percentil 25; p75 = percentil 75

A Tabela 2 apresenta a caracterização de saúde dos participantes deste estudo.

**Tabela 2.** Distribuição dos participantes segundo aspectos de saúde (n=123). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=123)

Variáveis	Categorias	n (%)
Plano de saúde	Não	108 (87,80)

	Sim	15 (12,20)
Quedas no último ano*	Não	80 (65,04)
	Sim	42 (34,15)
Internação no último ano	Não	102 (82,93)
	Sim	21 (17,07)
Multimorbidade	Não	3 (2,44)
	Sim	120 (97,56)
Atividade física	Não	89 (72,36)
	Sim	34 (27,64)
Etilismo	Não	104 (84,55)
	Sim	19 (15,45)
Tabagismo	Não	104 (84,55)
	Sim	19 (15,45)
Prevalência de dor	Não	19 (15,4)
	Sim	104 (84,6)
Tipo de dor**	Aguda	12 (11,54)
	Crônica	92 (88,46)
Frequência da dor**	Quase todos os dias	73 (70,19)
	1 ou 2 vezes na semana	20 (19,23)
	1 vez a cada quinze dias	05 (4,81)
	1 vez ao mês	06 (5,77)

Fonte: elaborada pelas autoras. \*um participante não respondeu esta variável (n=122); \*\*(n=104).

Dentre os participantes, a intensidade média da dor foi de 7,2( $\pm$ 2,69), a mediana foi de 8,0 e os percentis 25 e 75 foram 5,0 e 10,0, respectivamente. Eles utilizam, em média, 3,73 ( $\pm$ 2,58) medicamentos, com mediana de 3,00, e percentis 25 e 75 de 1,75 e 6,00, respectivamente. A Tabela 3 apresenta os dados relativos ao apoio social dos participantes.

**Tabela 3.** Análise descritiva do apoio social dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=123)

Dimensões do apoio social	Média	dp	Mediana	[Mín-Máx]
---------------------------	-------	----	---------	-----------

Apoio material	86,02	18,13	90	20-100
Apoio afetivo	88,56	18,33	100	20-100
Apoio emocional	78,25	22,53	85	20-100
Apoio informação	78,17	22,70	85	20-100
Interação social positiva	75,89	21,90	80	20-100
Escore total	81,38	17,88	85	26-100

Fonte: elaborada pelas autoras. dp = desvio padrão; p25 - percentil 25; p75 - percentil 75

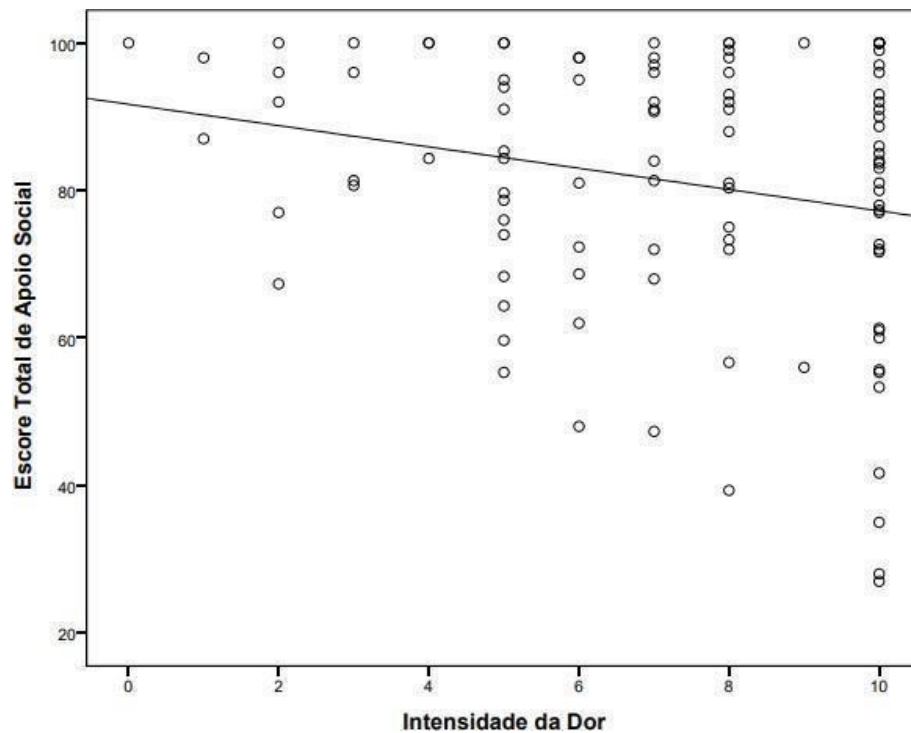
Em relação ao apoio social, verificou-se que o maior escore foi obtido na dimensão afetiva e o menor escore, na dimensão interação social positiva. O número médio de integrantes da rede de apoio social das pessoas idosas foi de 12,84 ( $\pm 25,07$ ), mediana de 5 pessoas, variando de 0 a 200 pessoas. A Tabela 4 apresenta a análise de correlação entre intensidade da dor e apoio social dos participantes.

**Tabela 4.** Análise de correlação entre intensidade da dor e apoio social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=104)

	Intensidade da dor	
	<i>Rho</i>	<i>p</i> *
Apoio material	-0,129	0,192
Apoio afetivo	-0,141	0,154
Apoio emocional	-0,156	0,113
Apoio informação	-0,152	0,123
Interação social positiva	-0,174	0,077
Escore total	-0,172	0,080

Fonte: elaborada pelas autoras. \* Coeficiente de Correlação de Spearman

Observou-se que não houve correlação estatisticamente significativa entre apoio social e intensidade da dor. A Figura 1 demonstra o diagrama de dispersão relativo à correlação entre o escore total de apoio social e de intensidade da dor.



**Figura 1.** Diagrama de dispersão segundo escore total de apoio social e intensidade da dor das pessoas idosas. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=104).

A Tabela 5 apresenta a análise comparativa entre os grupos de apoio social e os tipos de dor relatados pelos participantes.

**Tabela 5.** Análise comparativa entre os grupos segundo a mediana de apoio social e tipo de dor. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=104)

Variável	Categorias	Grupo com menor apoio n (%)	Grupo com maior apoio n (%)	p-valor*
Dor	Aguda	6 (10,91)	6 (12,24)	0,831
	Crônica	49 (89,09)	43 (87,76)	
	Total	55 (52,88)	49 (47,12)	

\*  $\chi^2$  de Pearson

Os resultados demonstraram que não houve significância estatística entre o tipo de dor e o apoio social das pessoas idosas.

## 6 DISCUSSÃO

Esse estudo analisou a relação entre apoio social e dor em pessoas idosas inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social. Não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis de interesse ( $Rho = -0,172$ ;  $p = 0,080$ ).

Em relação ao apoio social, os participantes obtiveram pontuação média de 81,38 ( $\pm 17,88$ ) no escore total, o que demonstra percepção positiva. O maior escore foi obtido na dimensão afetiva e o menor escore, em interação social positiva. Dados semelhantes foram identificados na literatura (Janhaque *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2022).

Com o objetivo de verificar a associação entre apoio social e funcionalidade familiar em pessoas idosas durante a pandemia de covid-19, um estudo transversal foi realizado com 72 participantes. Pessoas idosas com boa funcionalidade familiar obtiveram elevados escores em todas as dimensões do apoio social e a faceta mais bem pontuada foi o apoio afetivo. As autoras concluíram que o afeto é determinante para que a pessoa idosa se sinta apoiada e possa construir vínculos sociais funcionais (Janhaque *et al.*, 2022).

Uma pesquisa transversal foi realizada com 145 pessoas idosas da comunidade residentes em um município do interior paulista, com o objetivo de averiguar a relação entre espiritualidade e apoio social. Como resultados, obtiveram que os participantes apresentaram boa percepção do apoio social, sendo o apoio afetivo a dimensão mais pontuada e a interação social positiva a menos pontuada (Souza *et al.*, 2022).

O apoio social pode ser uma importante ferramenta para o enfrentamento das adversidades existentes em um contexto de alta vulnerabilidade social. A pessoa idosa pode se tornar resiliente e apresentar uma visão positiva da vida (Moura *et al.*, 2020). Ao se levar em consideração que o apoio afetivo está diretamente relacionado às demonstrações físicas de gestos carinhosos, acredita-se que a maior pontuação obtida neste domínio se deva à facilidade de visualização da manifestação de carinho, amor e afeto exercida pelos elementos que compõem a rede do indivíduo (Hizmeri; Mena; Aguero, 2020).

A interação social positiva está relacionada aos momentos de diversão com os membros da rede. No contexto do envelhecimento, a perda de familiares e de amigos pode contribuir para a redução do número de integrantes em sua rede e, conseqüentemente, com o distanciamento e isolamento social. Além disso, questões relacionadas à saúde podem gerar limitações, as quais podem restringir a participação social das pessoas idosas, fatores que poderiam explicar a menor pontuação obtida nesta dimensão (CORDEIRO *et al.*, 2020; DURAL *et al.*, 2021; FARRIOL-BARONI *et al.*, 2021).

Em relação à rede de apoio das pessoas idosas, a quantidade média de integrantes foi de 12,84 ( $\pm 25,07$ ) pessoas. Dados divergentes foram identificados na literatura, com valores inferiores ao do presente estudo. Um estudo realizado com 169 pessoas idosas da comunidade identificou que o número de integrantes da rede de apoio variou de 4,9 a 5 pessoas, sendo um valor significativamente inferior ao do presente estudo (Pavarini *et al.*, 2021). Da mesma forma que um estudo realizado com 153 pessoas idosas obteve número médio de pessoas próximas de 7,0 ( $\pm 6,4$ ) (Andrade *et al.*, 2020). Uma possível explicação para o elevado número de integrantes da rede de suporte dos participantes do presente estudo pode estar relacionada ao contexto de alta vulnerabilidade social, onde as pessoas tendem a se ajudar diante das inúmeras dificuldades que podem enfrentar no cotidiano.

No presente estudo, 84,6% das pessoas idosas relataram dor crônica, com frequência diária em 70,19% dos casos. Uma revisão sistemática foi realizada para sintetizar dados sobre a prevalência de dor crônica na população brasileira, revelando que a prevalência de dor crônica benigna é elevada, especialmente entre os idosos (variando de 29,66% a 76,20%). Essa prevalência varia entre diferentes regiões do país e está associada a uma variedade de fatores de risco heterogêneos. Além disso, a dor crônica se manifesta predominantemente com intensidade moderada ou grave, apresentando uma alta taxa de incapacidade (Santiago *et al.*, 2023). O elevado índice de prevalência de dor observado no presente pode estar relacionado ao contexto de alta vulnerabilidade, em que condições econômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, desigualdade social e acesso limitado aos serviços de saúde podem contribuir para um aumento na prevalência da dor.

A dor crônica impacta uma parcela significativa da população idosa. Pessoas idosas que vivem em contextos de vulnerabilidade social são mais suscetíveis a problemas psicológicos concomitantes como depressão e ansiedade, que podem ser exacerbados pela dor persistente (Dagnino *et al.*, 2022). Ademais, a dor crônica pode afetar a cognição e prejudicar a qualidade do sono, o que contribui para um maior declínio funcional (Terassi *et al.*, 2021; Santana *et al.*, 2023). Esse ciclo de dor, sofrimento emocional e declínio físico pode levar ao isolamento social e impactando na qualidade de vida (Dagnino *et al.*, 2022).

Pessoas idosas em situações de vulnerabilidade social frequentemente enfrentam obstáculos adicionais ao manejo adequado da dor. Esses indivíduos podem ter acesso limitado

a cuidados médicos, medicamentos apropriados e terapias de reabilitação. Além disso, fatores socioeconômicos, como baixa renda, condições habitacionais inadequadas e isolamento social, podem agravar a experiência da dor e dificultar o acesso ao suporte necessário (Santiago et al., 2023). Em muitos casos, a dor crônica entre os às pessoas idosas vulneráveis é subdiagnosticada ou subtratada, o que leva a um ciclo de deterioração da saúde física e mental (Karris; Danilovich, 2022).

O elevado índice também pode ser atribuído à predominância de mulheres na amostra, além do contexto de alta vulnerabilidade social. A literatura indica que mulheres experienciam dores intensas com mais frequência do que os homens, e que indivíduos com menor grau de escolaridade tendem a apresentar maior prevalência de dor em comparação com a àqueles com ensino superior (Atílio *et al.*, 2021; Dagnino *et al.*, 2022; Puto *et al.*, 2023). Esses fatores justificam os índices elevados de dor crônica encontrados no presente estudo, pois a amostra inclui uma população particularmente suscetível devido ao gênero e às condições socioeconômicas.

Neste estudo, não foi encontrada correlação entre o apoio social e a dor em pessoas idosas inseridas em contextos de alta vulnerabilidade social. Os resultados também indicaram que não houve significância estatística na relação entre o tipo de dor (crônica ou aguda) e o apoio social. Estudos anteriores mostraram que o apoio social desempenha um papel crucial na experiência e no manejo da dor entre pessoas idosas, sendo que a falta de uma rede de suporte não só intensifica a percepção da dor, como também pode levar ao aumento da solidão e do isolamento, condições que estão associadas a piores desfechos de saúde (Dagnino *et al.*, 2022; Paz *et al.*, 2021; Powell *et al.*, 2022; Yoon J *et al.*, 2023).

Um estudo realizado em Goiás - Brasil com 239 pessoas idosas identificou que a presença de dor afeta negativamente a participação social das pessoas idosas (Paz *et al.*, 2021). O resultado deste estudo diverge do presente estudo, possivelmente devido às características sociodemográficas das populações analisadas. No estudo realizado em Goiás, a maioria dos participantes (51,0%) não tinham cônjuge, o que pode aumentar as chances de sentimentos de solidão (Paz *et al.*, 2021). Em contraste, no presente estudo, a maior parte das pessoas idosas (92,68%) tinham companheiros.

Pessoas idosas com maior apoio social tendem a relatar menos dor ou a manejar melhor sua dor (Dagnino *et al.*, 2022), mesmo em situações de vulnerabilidade social. Dessa forma, o apoio social pode mitigar os efeitos negativos da dor ao proporcionar conforto emocional (Pavarini *et al.*, 2021). Em contextos de alta vulnerabilidade social, onde as pessoas idosas vivem em situações adversas e com poucos recursos, o apoio social pode ser

visto como um fator que contribui para a resiliência. A literatura sugere que a percepção de receber apoio social permite ao indivíduo desenvolver uma visão positiva da vida e das dificuldades, servindo como uma estratégia para lidar com a dor e situações estressantes (Tavares *et al.*, 2020; Pavarini *et al.*, 2021).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, a amostra foi composta por idosos residentes em regiões de alta vulnerabilidade social no município de São Carlos-SP, o que pode limitar a generalização dos achados. O contexto socioeconômico e geográfico específico desses indivíduos podem influenciar a relação entre apoio social e dor de uma forma que não se aplica a outras populações idosas em áreas urbanas mais desenvolvidas ou com melhores condições de vida. Além disso, o desenho transversal do estudo restringe a capacidade de inferir causalidade entre as variáveis analisadas. Estudos longitudinais futuros serão necessários para explorar com mais profundidade a direção e a natureza de possível correlação entre apoio social e dor. Outra limitação é o uso de autorrelato na coleta de dados, o que pode introduzir viés, especialmente em uma população idosa. Falhas de memória ou dificuldades cognitivas entre os participantes podem comprometer a precisão das informações fornecidas. A subjetividade envolvida na avaliação da dor e na percepção do apoio social também pode variar significativamente entre os indivíduos, afetando a consistência dos dados.

Apesar das limitações, o estudo possui pontos fortes significativos que reforçam sua relevância e validade. O tema abordado é altamente pertinente para a saúde pública, especialmente diante do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de doenças crônicas. A investigação da relação entre apoio social e dor em idosos que vivem em contextos de alta vulnerabilidade social é essencial para compreender como fatores psicossociais influenciam o bem-estar de uma população frequentemente negligenciada nas políticas de saúde.

A diversificação da amostra em estudos futuros é crucial para verificar a consistência dos resultados encontrados neste estudo. Incluir idosos de diferentes regiões geográficas e contextos socioeconômicos permitiria avaliar se as associações observadas são aplicáveis a outras populações. Essa abordagem também ajudaria a identificar variações contextuais na relação entre apoio social e dor, ampliando a aplicabilidade dos achados e permitindo uma compreensão mais abrangente de como o contexto social pode influenciar essa relação. O uso de instrumentos validados para avaliar tanto o apoio social quanto a dor é outro ponto forte do

estudo. A Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study e a escala visual analógica para dor são amplamente reconhecidas na literatura, o que fortalece a confiabilidade e a validade dos dados coletados. Essa escolha metodológica também facilita a comparação dos resultados com outros estudos, aumentando a robustez das conclusões.

Os achados deste estudo têm importantes implicações para a prática clínica, especialmente no cuidado às pessoas idosas em contextos de alta vulnerabilidade social. Primeiramente, o desenvolvimento de programas de suporte social é essencial, mesmo que o estudo não tenha encontrado uma correlação estatisticamente significativa entre apoio social e dor. Profissionais de saúde devem implementar estratégias que fortaleçam as redes de apoio social para pessoas idosas, incentivando a participação em programas comunitários, visitas domiciliares regulares e o envolvimento de voluntários e familiares. Tais iniciativas podem melhorar o bem-estar dos idosos, mesmo que a dor física não seja diretamente influenciada.

A integração de cuidados multidisciplinares é outra implicação relevante. O manejo da dor em pessoas idosas deve ir além das intervenções médicas tradicionais, incorporando também suporte emocional e social. Profissionais de saúde devem colaborar com assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais para abordar as múltiplas dimensões da dor crônica, incluindo o isolamento social e a depressão. Por fim, a personalização do cuidado deve ser priorizada. Os diferentes impactos das dimensões do apoio social na percepção de dor indicam a necessidade de uma abordagem individualizada no cuidado dos idosos. Profissionais de saúde devem avaliar regularmente as redes de apoio dos pacientes e identificar lacunas específicas, como falta de apoio emocional ou instrumental, para oferecer intervenções mais direcionadas e eficazes.

## **7 CONCLUSÃO**

Este estudo buscou explorar a relação entre apoio social e dor em pessoas idosas residentes em regiões de alta vulnerabilidade social. Não houve correlação estatisticamente significativa entre as dimensões de apoio social (material, afetivo, emocional, informativo e interação social positiva) e a intensidade ou tipo de dor experimentada pelos idosos. A hipótese inicial de que haveria uma relação significativa entre apoio social e dor em pessoas idosas inseridas em contextos de alta vulnerabilidade social não foi confirmada. Portanto, embora o apoio social seja um fator importante para a saúde e o bem-estar dos idosos, ele não demonstrou um impacto direto sobre a percepção ou o manejo da dor nessa população específica.

Estes resultados destacam a complexidade da relação entre fatores sociais e físicos na saúde dos idosos, sugerindo que o apoio social, por si só, pode não ser suficiente para reduzir a dor em contextos de alta vulnerabilidade. Contudo, reforçam a importância de programas de suporte social e intervenções integradas que abordem múltiplas dimensões do cuidado à saúde da pessoa idosa.

## 8 REFERÊNCIAS

- ANDRADE, N.O. et al. Polimedicação em adultos e idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: associação com fatores sociodemográficos, estilo de vida, rede de apoio social e saúde. **Rev. Bras. Med. Fam.**, v. 15, n. 42, p.2462, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2462](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2462)
- ARAÚJO, M. et al. Manual de tratamento e avaliação da dor. **EDUEPA**, v. 22, p. 5, 2020. Disponível em: [https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual\\_dor.pdf](https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf). Acesso em: 9 set. 2024.
- ATÍLIO, F.G.C. et al. Dor no idoso acima de 80 anos: características, impactos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Cuid.**, v.12, n.2, e.1310, 2021. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1310>
- BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. Baltimore: Open University Press, 1997. p. 91-109.
- CHE, X. et al. A systematic review of the processes underlying the main and the buffering effect of social support on the experience of pain. **Clin. J. Pain**, v. 34, n. 11, p. 1061-1076, 2018
- CIOLA, G. et al. Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde: uma análise de caminhos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 5, e200065, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200065>
- CORDEIRO, R. C. et al. Perfil de saúde mental de idosos comunitários: um estudo transversal. **Rev. Bras. Enf.**, e20180191, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191>
- CORTEZ, A. C. L. et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enf. Brasil**, v. 18, n. 5, p. 2785, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>
- DAGNINO, A. P. A.; CAMPOS, M.M. Dor Crônica em Idosos: Mecanismos e Perspectivas. **Frontiers in Human Neuroscience**, vol. 16, e.736688, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.736688>
- DOMENICHELLO, A. F.; RAMSDER, C. E. Fusion Image–Guided and Ultrasound–Guided Fine Needle Aspiration in Patients With Suspected Hepatic Metastases. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 92, p. 284-291, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2019.01.003>

DURAL, G. *et al.* Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness Among Elderly Muslim People. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 6, p. 3243-3255, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01377-5>

FARRIOL-BARONI, V. *et al.* Influência do apoio social e do bem-estar subjetivo na percepção da saúde global do idoso. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, n.10, e5438, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105438>

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>

FREITAS, É. P. S. *et al.* Chronic pain and quality of life in elderly in times of COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e600111028943, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.28943>

GÁLVEZ-BARRÓN, C. *et al.* Pain and recurrent falls in the older and oldest-old non-institutionalized population. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1412-8>

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 703-14, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>

HIZMERI, E. R.; MENA, R. P.; AGÜERO, S. D. Relación entre apoyo social percibido, severidad de insomnio y somnolencia diurna en adultos mayores. **Rev. Instit. Invest. Cienc. Salud.**, v. 18, n. 3, p. 34-42, 2020.

DOI:

<http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.03.34>

IASP. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. **Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**, 2020. Disponível

em:

[https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor\\_3.pdf](https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf). Acesso em: 9 set. 2024.

IASP. Terminologia. IASP, 2021. Disponível

em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698>. Acesso em: 9 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação, por sexo e idade para o período 2000-2030.

[Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em:[http://ftp.ibge.gov.br/Projecao da Populacao/Projecao da Populacao 2013/nota metodologica\\_2013.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf). Acesso em: 9 set. 2024.

JANHAQUE, V. R. *et al.* Apoio social e funcionalidade familiar: um estudo transversal com pessoas idosas no contexto da covid-19. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 25, n. 6, p. 220129, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220129.pt>

KARRIS, M. J. *et al.* Dor crônica e disparidades de saúde em idosos com necessidades complexas. **Health Disparities in Older Adults With Pain**, v. 3, e941476, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.941476>

KUNER, R.; KUNER, T. Cellular Circuits in the Brain and Their Modulation in Acute and Chronic Pain. **Physiological Reviews**, v. 101, n. 1, e32525759, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1152/physrev.00040.2019>

LI, X. *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in the Chinese community-dwelling elderly: a cross-sectional study. **BMC Geriatr.**, e534, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02432-2>

MAH, J. *et al.* Do interventions reducing social vulnerability improve health in community dwelling older adults? A systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 17, p. 447–465, 2022. DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S349836>

McDOWELL, I.; NEWELL, C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Nova York: Oxford University Press, 1996.

MOURA, K. *et al.* Fragilidade e suporte social de idosos em região vulnerável: uma abordagem em uma unidade de saúde da família. **Rev. Aten. Saúde**, v. 18, n. 63, p. 65-73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6342>

MUSICH, S. *et al.* Association of Resilience and Social Networks with Pain Outcomes Among Older Adults. **Population Health Management**, v. 22, n. 2, p. 148-153, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1089/pop.2018.0199>

NICOLSON, P. J. A. *et al.* Musculoskeletal pain and loneliness, social support and social engagement among older adults: Analysis of the Oxford Pain, Activity and Lifestyle cohort. **Musculoskeletal Care**, v. 19, n. 1, p. 95-102, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/msc.1526>

NERI, A. L. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 20s, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>

OH, Se-Woong. *et al.* Optimal cutoffs for predicting mortality with body mass index and waist circumference in older adults: A nationwide cohort study. **PLOS ONE**, v. 17, n. 8, p. e0272421, ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17796>

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 12-27, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>

O'REILLY, P. Methodological issues in social support and social network Research. **Social Science & Medicine**, v. 26, n. 8, p. 863-873, 1998.

PAIS, R. *et al.* Social Support and Cognitive Impairment: Results from a Portuguese 4-Year Prospective Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, p. 8683, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168841>

PAVARINI, S. C. I. *et al.* Association between perceived social support and better cognitive performance among caregivers and non-caregivers. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 2, p. 1-7, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0329>.

PAZ, M. G. da *et al.* Factors associated with quality of life of older adults with chronic pain. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 3, p. e20200554, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0554>.

POWELL, V. D. *et al.* Bad company: Loneliness longitudinally predicts the symptom cluster of pain, fatigue, and depression in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 70, n. 6, p. 1221-1226, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17796>

PUTO, G. *et al.* Factors correlating with functional capacity in older people with chronic pain. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, e 2748, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032748>.

RICHMOND, N. L. *et al.* Social support and pain outcomes after trauma exposure among older adults: a multicenter longitudinal study. **Clin. J. Pain**, v. 34, n. 4, p. 366-374, 2018.

RIDDER, D. D.; ADHIA, D.; VANNESRE, S. A anatomia da dor e do sofrimento no cérebro e suas implicações clínicas. **Neurociência e Avaliações Biocomportamentais**, v. 130, p. 125-146, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.013>

SANTIAGO, B. V. M. Prevalence of chronic pain in Brazil: A systematic review and meta-analysis. **Clinics**, v. 78, e100209, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2023.100209>

- SCHWAN, J.; SCLAFANI, J.; TAWFIK, V. L. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol. Clin.*, v. 37, n. 3, p. 507-523, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.012>
- SILVA, A. S. *et al.* Envejecimiento de la población: realidad actual y desafíos. *Global Academic Nursing Journal*, v. 4, n. 2, p. 36-45, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>
- SILVA, D. S. M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*, v. 25, n. 1, e210155, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210204.pt>
- SILVA, E. P. M. *et al.* Incontinência urinária, senso de controle e autonomia, e participação social em idosos residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. e210207, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210207.pt>
- SOUZA, E. *et al.* Espiritualidade e apoio social de idosos residentes na comunidade. *Rev. Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 23, n. 1, p. 57-64, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15309/22psd230106>.
- TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, N. G. N.; FERREIRA, P. C. S. Social Support and health conditions of brasilian elderly in the community. *Cienc. Enferm.*, v. 26, n. 9, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>.
- TAVARES, D. M. S. Distanciamento social pela covid-19: rede de apoio social, atividades e sentimentos de idosos que moram só. *Cogitare Enferm.*, v. 27, e78473, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78473>
- TAVARES, M. S. D.; GOMES, N. N. O.; FERREIRA, P. C. S. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. *Ciencia y Enfermería*, v. 29, n. 1, p. 207-218, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>
- TERASSI, M. *et al.* Influência da dor crônica no desempenho cognitivo em cuidadores de idosos: um estudo longitudinal. *Rev. Bras. Enferm.*, e20200412, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0412>
- TIAN, G. *et al.* Association between disability, social support and depressive symptoms in Chinese older adults: A national study. *Frontiers in Public Health*, v. 10, p. 860, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.980465>
- TROUVIN, A. P.; PERROT, S. New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 33, n. 5, e101415, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>

## 9 APÊNDICES

### A – Instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde

#### SEÇÃO A - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

##### DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma resposta que o Sr(a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta. Nesta Seção estaremos interessados em Informações Pessoais.

A1. Sexo: (1) Masculino  
(2) Feminino

A2. Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A2a. Idade: \_\_\_\_ anos

A3. Estado Civil: (1) Casado ou vive com companheiro  
(2) Solteiro  
(3) Divorciado/ separado/ desquitado  
(4) Viúvo  
(99) NR

A4. Trabalha atualmente: (1) Sim  
(0) Não →   
(99) NR

A4a. O que faz? \_\_\_\_\_

A5. Aposentado ou pensionista: (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

A6. Escolaridade:

A6a. Número de anos de estudo: \_\_\_\_\_ anos

A6b. (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)  
(2) Curso de alfabetização de adultos  
(3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)  
(4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)  
(5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)  
(6) Curso superior  
(7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor  
(99) NR

A7. Religião: (1) Católico (6) Protestante  
(2) Evangélico (7) Budista  
(3) Congregação Cristã (8) Umbanda  
(4) Adventista (9) Não possui  
(5) Espírita (99) NR  
(100) Outros: \_\_\_\_\_

A7a. Praticante: (1) Sim  
(0) Não →   
(99) NR

A7b. Se praticante, há quantos anos: (1) Menos de 1 ano  
(2) 1 a 4 anos  
(3) 5 a 9 anos  
(4) Mais de 10 anos  
(99) Não respondeu

A8. Raça/ Cor: (1) Branca

(2) Preta

(3) Mulata/ cabocla/ parda

(4) Indígena

(5) Amarela/ oriental

(99) NR

A9. Renda do cuidador (em reais): \_\_\_\_\_  
(99) NR

A10. Renda familiar mensal (em reais): \_\_\_\_\_  
(99) NR

A11. Considera a renda suficiente? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

A12. É o responsável pelo sustento da casa? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

A13. Número de pessoas que moram na casa: \_\_\_\_\_ pessoas  
(99) NR

A14. Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_ filhos vivos  
(99) NR

A15. Com quem mora?	Sim	Não	NR
Mãe/Pai	(1)	(0)	(99)
Marido/ mulher/ companheiro	(1)	(0)	(99)
Filhos/ enteados	(1)	(0)	(99)
Netos	(1)	(0)	(99)
Bisnetos	(1)	(0)	(99)
Outros parentes	(1)	(0)	(99)
Outros (amigos, empregado)	(1)	(0)	(99)

A16. É proprietário de sua residência? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

A17. Possui plano particular de saúde? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

A18. Sofreu quedas no último ano? (1) Sim  
(0) Não → **Vá para a questão A19**  
(99) NR

A18a. Quantas quedas sofreu no último ano? \_\_\_\_\_ quedas

A19. Preciso ser internado no último ano? (1) Sim  
(0) Não → **Vá para a questão A20**  
(99) NR

A19a. Quantas vezes foi internado no último ano? \_\_\_\_\_ vezes

A20. Possui alguma dessas doenças?

	NÃO	SIM	NS/NR
A20a. Anemia	0	1	99
A20b. Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	99
A20c. Artrite(reumatóide/osteoartrite/artrose)	0	1	99
A20d. Audição prejudicada	0	1	99
A20e. Câncer - Qual? _____	0	1	99
A20f. Problemas pulmonares (enfisema, bronquite, asma, etc.)	0	1	99
A20g. Diabetes Mellitus	0	1	99
A20h. Depressão	0	1	99
A20i. Acidente Vascular Cerebral	0	1	99
A20j. Doença cardíaca	0	1	99
A20k. Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	99
A20l. Doença vascular periférica (varizes)	0	1	99
A20m. Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	99
A20n. Hipertensão arterial	0	1	99
A20o. Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	99
A20p. Obesidade	0	1	99
A20q. Osteoporose	0	1	99
A20r. Problemas de coluna	0	1	99
A20s. Visão prejudicada (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia )	0	1	99
A20t. Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	99
A20u. Dislipidemia (colesterol, triglicérides)	0	1	99
A20v. Outras – Qual? _____	0	1	99

A21a. Faz uso de medicação para tratamento de alguma doença/condição? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

Vá para a questão A21c

A21b. Número de medicamentos que usa: \_\_\_\_\_ medicamentos

A21c. Faz uso de medicação para dormir? Exemplos: ansiolíticos, benzodiazepínicos (“faixa preta”, “calmante”).

(1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

Vá para a questão A22

A21d. Qual medicamento usa para dormir? \_\_\_\_\_

A22. Pratica atividade física?

(1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

Vá para a questão A23

A22a. Quanto tempo de atividade física pratica por semana? (1)  $\geq 150$  minutos / semana  
(0)  $< 150$  minutos / semana

A22b. Qual período em que pratica atividade física? (1) manhã  
(2) tarde  
(3) noite

A23. É tabagista? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

Vá para a questão A24

A23a. Quantos cigarros fuma por dia: \_\_\_\_\_ cigarros

A24. Consome bebida alcoólica? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

Vá para a questão A25

A24a. Que tipo de bebida ingere: (1) cerveja  
(2) pinga  
(3) vodca  
(4) vinho  
(5) outro: \_\_\_\_\_

A25. Consome café diariamente? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

Vá para a questão A26

A25a. Quantos mililitros (ml) de café consome por dia? \_\_\_\_\_ ml

A26. Faz uso dos seguintes alimentos?

A26a. Chá verde (0) Não (1) Sim (99) NR

A26b. Chá mate (0) Não (1) Sim (99) NR

A26c. Chá preto (0) Não (1) Sim (99) NR

A26d. Chocolate (0) Não (1) Sim (99) NR

A26e. Gengibre (0) Não (1) Sim (99) NR

A26f. Pimentas (0) Não (1) Sim (99) NR

A26g. Guaraná em pó (0) Não (1) Sim (99) NR

## B – Instrumento para avaliação da dor

### SEÇÃO O: DOR

O1. O Sr. sente dor em alguma região do corpo? (1) Sim  
(0) Não  
(99) NR

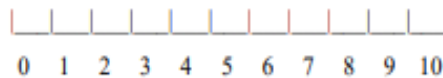
O2. Se sim, é há mais de seis meses? (1) Sim (DOR CRÔNICA)  
(0) Não (DOR AGUDA)  
(99) NR

O3. Quantas vezes na semana sente dor? (1) Quase todos os dias  
(2) Uma ou duas vezes na semana  
(3) Uma vez a cada 15 dias  
(4) Uma vez por mês.

O4. Orientação: “Me diga, em uma escala de 0 a 10, qual a intensidade da dor sentida por você na última semana”

Solicitar ao cliente que julgue a intensidade de dor utilizando os valores de 0 a 10 na escala abaixo, na qual 0 indica “sem dor”, 10 “dor máxima” e os outros escores, de 2 a 9, deverão ser utilizados para indicar níveis intermediários de dor sentida.

#### ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR



**Termine a entrevista e anote a hora do término na primeira folha.**

## **C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)**

#### **FATORES ASSOCIADOS À MÁ QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS CUIDADORES**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”.

O objetivo deste estudo é identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos que cuidam de outros idosos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos, morar com uma pessoa idosa e cuidar dela. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por 17 questionários. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos e relacionados ao cuidado ao idoso. Em seguida, será avaliado seu estado de humor, sono, cognição, fragilidade física, capacidade para realizar atividades de vida diária, qualidade de vida, nível de felicidade, satisfação com a vida, ânimos, apoio social e funcionamento da sua família. Além disso, o(a) senhor(a) deverá apertar um aparelho manual (conhecido como dinamômetro) para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos sua marcha. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre o sono, além de auxiliar no conhecimento científico sobre a compreensão da situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O (a) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 — Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável Ariene Angelini dos Santos Orlandi

Endereço: Rua Humberto Manelli, 116. Jardim Gibertoni. São Carlos – SP.

Contato telefônico: (16) 3351-9437

E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Ariene A. dos Santos Orlandi

Nome do Pesquisador

*Ariene Angelini Santos Orlandi*  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## ANEXOS

### A – Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study

#### SEÇÃO J - APOIO SOCIAL

##### SUORTE SOCIAL E AJUDA

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe.

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa?

J1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm (Pessoas com as quais fica à vontade e pode falar de tudo que quiser) \_\_\_\_\_ **pessoas.**

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
J1a. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1b. Alguém para lhe ouvir quando o(a) Sr.(a) precisa falar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1c. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1d. Alguém para lhe levar ao médico.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1e. Alguém que demonstre afeto e amor pelo o(a) Sr.(a).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1f. Alguém para se divertir muito.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1g. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1h. Alguém em quem confiar para falar do(a) Sr.(a) ou sobre os seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1i. Alguém que lhe dê um abraço.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1j. Alguém com quem relaxar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1k. Alguém para preparar suas refeições se o(a) Sr.(a) não puder preparar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1l. Alguém de quem o(a) Sr.(a) realmente quer conselhos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1m. Alguém com quem distrair a cabeça.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1n. Alguém para ajudá-lo nas atividades diárias se o(a) Sr.(a) ficar doente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1o. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1p. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1q. Alguém com quem fazer coisas agradáveis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1r. Alguém que compreenda seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
J1s. Alguém que o(a) Sr.(a) ame e que o faça se sentir querido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

J2. **Score Total:** \_\_\_\_\_

## B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores

**Pesquisador:** ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08175419.5.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.275.704

#### Apresentação do Projeto:

Em virtude da maior longevidade da população e da maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitos idosos podem apresentar um declínio no seu desempenho funcional, ocasionando assim uma condição de dependência e conseqüentemente a necessidade de um cuidador. A má qualidade do sono pode ser considerada um importante problema de saúde pública devido à alta prevalência entre os idosos e aos efeitos negativos sobre o bem-estar dos indivíduos cuidadores de idosos. Sendo assim, mediante a identificação precoce dessa condição e de seus fatores associados, intervenções podem ser planejadas no sentido de reduzir os gastos com os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os idosos cuidadores quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde.- Descrever a qualidade do sono dos idosos cuidadores. -

Determinar o fenótipo de fragilidade dos idosos cuidadores.- Avaliar a condição cognitiva, o humor, o estresse percebido, a sobrecarga, a capacidade funcional, a funcionalidade familiar, a qualidade de vida, o apoio social, o nível de felicidade, a satisfação com a vida e os afetos

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.275.704

positivos e negativos dos idosos cuidadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: "Os participantes poderão se expor a riscos mínimos ao responder as perguntas, tais como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações desagradáveis diante das perguntas."

Benefícios indiretos: "Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde do idoso cuidador de outro idoso e ajudará na detecção de um sono de má qualidade".

Benefício direto: Caso seja detectada má qualidade do sono, "o participante será encaminhado à equipe da Unidade de Saúde da Família."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância científica e social, com elucidação da interação ensino-serviço e da devolutiva para o serviço nos Resultados Esperados. O Método consta da aplicação de 17 instrumentos que podem "gerar desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação", mas foram justificados tecnicamente pelos Pesquisadores como essenciais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequações solicitadas foram adequadas pelos pesquisadores.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289359.pdf	16/03/2019 10:24:55		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa_instrumentos.docx	16/03/2019 10:24:05	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNIVERSAL_ADEQUADO.pdf	16/03/2019 10:23:51	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Outros	SMS_UNIVERSAL.pdf	29/01/2019 15:00:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.275.704

Folha de Rosto	Folha_rosto_CEP_Universal_assinada.pdf	29/01/2019 14:48:32	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_UNIVERSAL_CEP.pdf	26/01/2019 20:30:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 22 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br