



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA

**DOR CRÔNICA EM PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE SOBRE A VULNERABILIDADE
EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA
DE COVID-19**

**CAMPINA GRANDE
2021**

ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA

**DOR CRÔNICA EM PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE SOBRE A VULNERABILIDADE
EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA
DE COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros.

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F866d Freitas, Élyman Patrícia da Silva.

Dor crônica em pessoas idosas [manuscrito] : análise sobre a vulnerabilidade em saúde e promoção da qualidade de vida em tempos de pandemia de Covid-19 / Élyman Patrícia da Silva Freitas. - 2021.

98 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Idosos. 2. Dor crônica. 3. Qualidade de vida. 4. Envelhecimento. I. Título

21. ed. CDD 613.043 8

ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA

**DOR CRÔNICA EM PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE SOBRE A VULNERABILIDADE
EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA
DE COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Aprovada em: 22/09/2021

BANCA EXAMINADORA

Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros
(Orientadora) Universidade Estadual da Paraíba
(UEPB)

Josevânia da Silva

Prof. Dra. Josevânia da Silva (Membro Interno)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ana Cláudia Torres de Medeiros

Prof. Dra. Ana Cláudia Torres de Medeiros (Membro
Externo) Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG)

À memória dos meus avós, na individualidade e particularidade de cada um, por despertar meu olhar para pessoa idosa. Aos meus familiares pelo apoio que sempre me deram, acreditando em mim e na importância deste trabalho, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido a oportunidade de iniciar e concluir este trabalho.

À coordenadora do curso de Especialização em Psicologia da Saúde da UEPB, por seu empenho, assim como toda a equipe que durante este período trabalhou junto à coordenação, em especial Estela pela presteza e atendimento quando me foi necessário.

À minha orientadora, Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros pelas palavras amigas, incentivo, orientação, afeto, atenção, alegria, otimismo e dedicação desde o início do mestrado.

Aos membros da banca, Professoras Dra. Ana Cláudia e Dra. Josevânia, pelas quais tenho muita admiração, por toda disponibilidade e contribuições com este trabalho.

Aos meus familiares e amigos, em especial meus pais, por acreditarem em mim no decorrer de todo esse processo.

À minhas amigas GeneCleide, Maria Lucena e Adriele pelas orientações que sempre deram em todos os meus trabalhos acadêmicos, não apenas neste.

A todos os meus professores e mestres que no percorrer dessa caminhada profissional e acadêmica, contribuíram para meu aprendizado, especialmente a Profa. Dra. Clênia Maria Toledo de Santana Gonçalves, que além de exemplo de profissional se tornou minha amiga e a Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, que me ensinou a trilhar os caminhos da pesquisa e dar o melhor de mim nos trabalhos acadêmicos.

“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais, somos também o que lembramos, e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos ‘sem querer’.”

Sigmund Freud

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo analisar a vulnerabilidade e qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica, em idosos participantes de uma Universidade Aberta à Maturidade, contextualizando a atual situação de pandemia de COVID-19 vivenciada por eles. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem de multimétodos, composta por dois estudos empíricos. O Artigo 01, de abordagem quantitativa, teve por objetivo analisar a dor crônica e a qualidade de vida em indivíduos idosos, frente a pandemia do COVID-19 utilizando por instrumentos: Questionário Sociodemográfico e de Saúde; Escalas de dor (EVA e GPM) e Questionários de Qualidade de Vida (*WHOQOL-bref* e *WHOQOL-old*). A análise dos dados feita a partir do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (*SPSS*) - versão 21, com análise de frequências e correlações, e os resultados mostraram existir relação entre dor e qualidade de vida em vários domínios da mesma, refletindo os impactos do isolamento social e inseguranças da época de pandemia. No Artigo 2, o objetivo foi compreender as percepções sobre dor, vulnerabilidade e qualidade de vida em indivíduos idosos, na pandemia de COVID-19, sendo utilizada caracterização demográfica e um roteiro de entrevista semiestruturada, cujos dados foram avaliados conforme análise de conteúdo conforme preconizado por *Bardin*. Os resultados das entrevistas mostraram vulnerabilidades relacionadas a dor na pandemia, déficits funcionais e aspectos psicológicos prejudicados, sendo a dor possível preditora para piores qualidades de vida conforme relato dos participantes, e, foram elencadas três categorias temáticas e duas subcategorias. Estes resultados deixam claro a importância da temática a fim de refletir e pensar estratégias para intervenção e manejo da dor crônica em pessoas idosas em especial durante uma pandemia.

Palavras-chave: dor crônica; envelhecimento; coronavírus; qualidade de vida; vulnerabilidade.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the vulnerability and quality of life of elderly people with chronic pain in elderly participants of a University Open to Maturity, contextualizing the current situation of COVID pandemic -19 experienced by them. This was a cross-sectional, descriptive and analytical study with a multimethod approach, composed of two empirical studies. Article 01, a quantitative approach, aimed to analyze chronic pain and quality of life in elderly individuals, in the face of the COVID-19 pandemic using instruments: Sociodemographic and Health Questionnaire; Pain Scales (VAS and PMG) and Quality of Life Questionnaires (WHOQOL-brefand WHOQOL-old). The data analysis made from the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - version 21, with frequency and correlations analysis, and the results showed a relationship between pain and quality of life in several domains of the same, reflecting the impacts of social isolation and insecurities of the pandemic era. In Article 2, the objective was to understand the perceptions about pain, vulnerability and quality of life in elderly individuals in the COVID-19 pandemic, using demographic characterization and a semi-structured interview script, whose data were evaluated according to content analysis as recommended by Bardin. The results of the interviews showed vulnerabilities related to pandemic pain, functional deficits and impaired psychological aspects, being the possible pain predictor for worse life qualities according to the participants' report, and three thematic categories and two subcategories were listed. These results make clear the importance of the theme in order to reflect and think strategies for intervention and management of chronic pain in elderly people especially during a pandemic.

Key words: chronic pain; aging; coronavirus; quality of life; vulnerability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de médias e desvios-padrão dos resultados obtidos pelos indivíduos idosos em relação às respostas dentre os domínios de qualidade de vida avaliada pelo instrumento <i>Whoqol-bref</i> em pessoas idosas do UAMA/UEPB, n=20, Campina Grande/PB, Brasil.....	35
Tabela 2	Distribuição dos dados obtidos de indivíduos idosos em relação às respostas dentre os domínios de qualidade de vida avaliada pelo instrumento <i>Whoqol-old</i> em pessoas idosas do UAMA/UEPB, n=20, Campina Grande/PB, Brasil.....	36
Tabela 3	Correlações entre qualidade de vida e respostas às Escalas de dor entre indivíduos idosos do UAMA/UEPB, n=20, Campina Grande/PB, Brasil.....	37
Quadro 1	Categorização temática da percepção de indivíduos idosos sobre dor crônica em tempos de pandemia de COVID-19, Campina Grande/PB.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EAV	Escala Visual Analógica
GPM	Geriatric Measurement Scale
IASP	International Association for the Study of Pain
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
QV	Qualidade de vida
SPSS	Statistical Packages for the Social Sciences
UAMA	Universidade Aberta à Maturidade
UEPB	Universidade Federal da Paraíba
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life - bref
WHOQUOL-OLD	The World Health Organization Quality of Life - old

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
2. INTRODUÇÃO	13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Envelhecimento como um processo de vida	16
3.2 Dor e vulnerabilidade frente ao processo de envelhecer.....	19
3.3 Impactos da dor na qualidade de vida no indivíduo idoso	20
3.4 Psicologia da saúde no contexto da dor, qualidade de vida e envelhecimento	22
3.5 COVID-19: impactos da pandemia no processo de envelhecimento	25
4. ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.....	29
5. ARTIGO 2 – PERCEPÇÃO DE DOR, VULNERABILIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.....	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....	74
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE.....	76
APÊNDICE D - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	78
ANEXO A - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL.....	81
ANEXO B - ESCALA DE MENSURAÇÃO GERIÁTICA.....	83
ANEXO C - ESCALA VISUAL ANALÓGICA.....	85
ANEXO D - WHOQOL – BREF.....	86
ANEXO E - WHOQOL-OLD.....	89

1. APRESENTAÇÃO

O percurso acadêmico neste trabalho direcionou-me, enquanto pesquisadora, num encontro direto com a velhice através da coleta de dados junto aos participantes, por meio das histórias de vida que cada um relatou frente ao envelhecer, à dor e a qualidade de vida. Trouxe-me reflexões sobre o processo saúde/doença, limitações e exclusões sociais enfrentadas pelos idosos, sobre a busca por estratégias de enfrentamento dessa população em relação a pandemia e a diminuições na funcionalidade decorrente da idade e/ou da dor e da vulnerabilidade em alguns deles. O que o tornou um trabalho inédito na minha formação acadêmica como psicóloga e pesquisadora na área da Psicologia da Saúde.

Quanto à estrutura, apresento minha dissertação de mestrado em cinco partes distintas: 1) Introdução e objetivos, 2) Fundamentação teórica, 3) Artigo 1, 4) Artigo 2 e 5) Considerações finais.

Na *Introdução*, apresento a contextualização do tema, fazendo a marcação da problemática e elucidando, de uma maneira generalista questões que norteiam o estudo, além de evocar os objetivos a serem traçados na busca por respostas que endossam o sabor da metodologia abordadas nos resultados apontados pelos dois artigos apresentados.

Na segunda parte, há menção de todo o *Constructo teórico* que envolveu a dinâmica das arguições que regem os pensamentos a serem discutidos a *posteriori* com a demanda de resultados emitidos pelos artigos propostos. Sendo assim, foi possível deixar registrado nessa dissertação final por onde foi traçado todo o percurso teórico que fundamentou esse estudo, a começar pelo entendimento do Envelhecimento Humano como um processo de vida, em seguida, a Dor e a vulnerabilidade frente ao processo de envelhecer, os Impactos da Dor na qualidade de vida da pessoa idosa, a relação da Psicologia da Saúde no contexto da dor, qualidade de vida e envelhecimento e por fim, o marco da pandemia de Covid-19: seus impactos no processo de envelhecimento.

A terceira apresento o *Artigo 1*, intitulado: Avaliação da dor crônica e qualidade de vida em idosos em tempos de pandemia de COVID-19, um estudo quantitativo que elucida e caracteriza o grupo de indivíduos idosos que foram os participantes do estudo, além de fazer correlações importantes sobre a dor crônica e os domínios que direcionam a qualidade de vida entre indivíduos idosos, e a época da pandemia de COVID-19.

A quarta parte do estudo, apresento o *Artigo 2*: Percepção de dor, vulnerabilidade e

qualidade de vida em indivíduos idosos em tempos de pandemia de COVID-19, nesse artigo faço toda a análise das falas relacionadas à vulnerabilidade e o que isso afetou a dor entre indivíduos idosos em tempos de pandemia de COVID-19, cuja finalidade principal foi compreender a realidade que estas pessoas vivem especialmente nessa época em que necessitaram estar em casa, muitas vezes sem assistência médica adequada estando muitos deles acometidos por problemas crônicos.

Por fim, teço as considerações finais que referenda a reflexão geral da dissertação, ressaltando os principais resultados, limitações metodológicas e relevância do mesmo para a Psicologia da Saúde e para os entendimentos do envelhecer humano e da dor crônica.

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem alongado o tempo de vida das pessoas, e nesse processo, a longevidade é considerada um marco importante na vida de um indivíduo desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais vivenciados (Veras & Oliveira, 2018). O envelhecimento populacional está ligado às transformações sociais e econômicas, mudança no perfil epidemiológico da população e melhoria das demandas dos indicadores sociais. Por isso, urge a necessidade de pensar o processo de envelhecimento humano numa perspectiva concreta de qualidade de vida, numa dinâmica multidimensional.

Os avanços tecnológicos ocorridos no campo da saúde também têm corroborado como aumento de anos de um indivíduo. Ou seja, surgimento de medicamentos mais avançados, incremento de métodos diagnósticos para prevenção e controle de problemas crônicos de saúde, desenvolvimento de modelos de atenção integral em saúde, incentivos aos programas de imunização e controle de agravos infecciosos, melhorias dos determinantes sociais de saúde, tudo isso tem culminado em respostas positivas à longevidade (Mendes, Silva, Silva & Santos, 2018). A previsão é de que em 2025, o país ocupará o 6º lugar no mundo em quantidade de idosos, e estima-se que até 2055, o número de pessoas com mais de 60 anos superará o de brasileiros com idade inferior a 30 anos (Belasco & Okuno, 2019).

A demografia brasileira tem sofrido inversão da pirâmide etária nas recentes décadas, colocando os idosos em maior número, devido à redução da natalidade. As mulheres representam a maior porcentagem dos idosos em gênero no Brasil, talvez devido ao maior cuidado desse gênero com o corpo, alimentação, saúde e acompanhamento médico. Em contrapartida, os homens se tornam menos zelosos em manter uma boa qualidade de vida e saúde, sem contar que, o maior número por mortes violentas é representado por eles (Mendes, Silva, Silva & Santos, 2018).

Considera-se que o processo de envelhecer, implica em aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, o qual interage com processos socioculturais (Barbosa et al, 2017). Em maior ou menor grau, aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento, geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade (Rodrigues & Neri, 2012).

O envelhecimento se refere a um processo amplo e multifacetado, natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular, cada indivíduo com sobrevivência prolongada (Gusmão, Faro, Leite, 2005). Ao longo dos anos, o envelhecimento humano acompanha um processo de mudanças na forma de pensar, sentir e de agir da pessoa idosa. Tal processo, provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais (Santos, 2010).

No indivíduo idoso é comum que experiências dolorosas, especialmente as crônicas, confrontem o mesmo com sua fragilidade impedindo, muitas vezes, sua capacidade de realizar as atividades rotineiras, podendo limitar potencialmente sua interação e convívio social, situações estas que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida (Celich & Galon, 2008). As dores são grandes obstáculos para a obtenção de melhor qualidade de vida além de ser uma das mais importantes causas de morbidade, pois se relacionam fortemente à incapacidade de manutenção de uma vida mais saudável e independente, devido às limitações funcionais importantes, mesmo para atividades simples diárias, como a locomoção (Ashmawi, 2015). O processo de envelhecimento resulta no aumento da prevalência de problemas crônicos de saúde e incapacidades associados, e, junto a isso, aumento das doenças associadas à dor.

Na presença da dor, o indivíduo idoso tende a tornar-se mais vulnerável, ou seja, com capacidade de autodeterminação reduzida devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos. Considerada e reconhecida como o quinto sinal vital, muitas vezes a dor é subtratada e subdiagnosticada pelos profissionais de saúde, especialmente em idosos com dor crônica (Nóbrega, Leal, Marques e Vieira, 2015).

O novo cenário da realidade nacional e as demandas da área da saúde, quanto a condição de dor em pessoas idosas incitou novos questionamentos, novas possibilidades de olhar no campo de suas práticas e na produção de saberes. O desenvolvimento de ações psicoeducativas ou psicoprofiláticas, junto aos mais diferentes atores e processos de saúde, podem potencializar não apenas as técnicas em si, mas o papel dos próprios psicólogos neste processo (Cid et al, 2019).

Além disso, no indivíduo idoso, a dor é uma condição clínica comum frequentemente subestimada e subtratada que impacta negativamente a vida destas pessoas. Pode comprometer de modo direto a capacidade funcional e tornar-se, um

sintoma desafiador levando à prejuízos diversos (Donatti et al, 2019). A diminuição de capacidades funcionais implica em dificuldades na rotina e influencia negativamente a qualidade de vida dos idosos em quadro de dor (Ferretti et al, 2018).

Com isso, verifica-se que a temática carece de maior investigação, estimulando a análise de possíveis características como: a relação entre dor crônica e velhice, dor *versus* qualidade de vida, suporte familiar e social a idosos, vulnerabilidade em pessoas idosas com dor crônica, bem como à compreensão do que leva os idosos muitas vezes a isolamento social.

Nestes termos, fez-se relevante, neste trabalho, refletir sobre as situações de vulnerabilidade e qualidade de vida frente a dor em idosos, especialmente neste momento de pandemia e enfrentamento do COVID-19 que acomete a população brasileira, em que a pessoa idosa se encontra mais inativa, vulnerável, e sofrendo impactos diretos em seu modo de vida, o que reflete diretamente em aspectos subjetivos, sociais, culturais, e com efeitos diversos na qualidade de vida deles.

Com isso, a temática gerou as seguintes questões que foram norteadoras desse estudo: *Como é a relação entre a presença de dor e a vulnerabilidade na saúde de idosos ativos que frequentam grupos de convívio? A dor na pessoa idosa afeta sua qualidade de vida? Quais os mecanismos utilizados na promoção da saúde e alívio da dor entre pessoas idosas no contexto do enfrentamento da vulnerabilidade em saúde?*

Justifica-se por essa pesquisa a necessidade de se investigar sobre o que o envelhecimento agrega de desafios diante da prevalência da dor crônica. Embora, que quando se menciona a dor crônica, essa precisa ser reconhecida como um problema de saúde pública, que pouco se aborda quanto à prevenção e aos impactos que esta produz na vida das pessoas (Ferretti et al, 2018). Assim, pesquisar a dor crônica em indivíduos idosos, em especial nessa época de pandemia de COVID-19, perfaz uma necessidade de um olhar humano diante de uma análise sobre o fenômeno e de uma busca por estratégias de enfrentamento que priorizem a prevenção e controle da mesma no indivíduo idoso, visando a qualidade de vida dessa população.

Dessa forma, a presente pesquisa teve por objetivo analisar a vulnerabilidade e qualidade de vida de pessoas idosas frente a presença de dor, em idosos participantes da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) da Universidade Federal da Paraíba (UEPB), contextualizando também a atual situação de pandemia vivenciada por eles e frente a necessidade de apreciação e cuidado diante dessa nova realidade de vida imposta pelo COVID-19.

3.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Envelhecimento como um processo de vida

O fenômeno do envelhecimento se deu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada, como é o caso do Brasil (Veras & Oliveira, 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um indivíduo, para ser classificado como idoso, deve-se levar em consideração o suporte e desenvolvimento do seu país. Em países desenvolvidos, as pessoas são consideradas idosas aos 65 anos, já nos países que se encontram em desenvolvimento, as pessoas envelhecem mais cedo, aos 60 anos de idade.

A transição demográfica atual referenda a busca contínua de estabelecimento de metas e políticas públicas que visem o processo de envelhecimento com manutenção da saúde, garantia da qualidade de vida e ausência de incapacidades (Medeiros et al, 2015). Isso se justifica pois, ao longo dos anos, com o envelhecimento, são processadas mudanças na forma de pensar, de sentir e de agir dessas pessoas.

De acordo com Santos (2010), o envelhecer, provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais se tornam alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista.

O envelhecimento saudável, segundo Baltes e Baltes (1990), está associado à ideia de que o indivíduo preserva seu potencial de desenvolvimento durante todo o curso da vida e é definido, segundo Medeiros et al (2015), por meio de uma série de critérios (satisfação de vida e disposição de espírito), como também de indicadores de saúde (morbidade e mortalidade) que o descrevem como a habilidade de manutenção da longevidade perante três características básicas: baixo risco de doença e deficiências relacionadas à doença; alta atividade mental e física; e envolvimento ativo na vida cotidiana. Ainda é compreendido pela não presença de fatores extrínsecos que intensificam os efeitos do envelhecimento ou, quando presentes, refletem pouca

importância no incremento da senescência.

Já o envelhecimento ativo, é concebido pela OMS como a participação na sociedade em atividades sociais, culturais, intelectuais, físicas, cívicas, políticas e econômicas e reforça a busca pelos direitos da pessoa idosa (Souza et al, 2019). Sabe-se que as oportunidades para desfrutar de uma velhice próspera e ativa, acrescida de saúde e bem-estar, estão distribuídas de forma desigual dentro e entre as sociedades. Diante do desafio que as sociedades enfrentam de oportunizar que todos os grupos de idosos envelheçam ativamente e com dignidade, tem sido enfatizada a relevância da abordagem das desigualdades sociais no contexto do envelhecimento ativo, não apenas investigando a distribuição dos recursos entre diferentes gerações, mas dedicando atenção especial às desigualdades sociais na velhice (Sousa et al, 2019).

Nestes aspectos, ressalta-se a perspectiva *Life-Span* proposta por Baltes (1987), que concebe o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, e pode ser categorizado em três tipos: normal, referindo-se às alterações típicas e inevitáveis ao envelhecimento; patológico, em que se encontram os casos de doenças, disfuncionalidade e descontinuidade do desenvolvimento; e ótimo ou saudável, caracterizado por um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, funcionalidade física e mental, baixo risco de doenças e incapacidade, bem como engajamento ativo com a vida. Esses estados podem-se sobrepor em certos momentos do curso de vida, e é preciso reconhecê-los como indicadores da condição geral de saúde (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

A *Life-Span* pondera ainda, que o envelhecimento envolve questões sobre: desenvolvimento psicológico, capacidade adaptativa, fatores socioculturais, desenvolvimento individual, multidirecionalidade do desenvolvimento, flexibilidade para lidar com novas situações, plasticidade individual, e, considera que a criação de oportunidades de lazer, de socialização e, principalmente, de educação mostra-se fundamental nessa fase da vida, permitindo equilibrar os declínios inerentes ao envelhecimento e os benefícios proporcionados por essas atividades (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Analisar as mudanças na expectativa de vida saudável, mais especificamente a expectativa de vida livre de incapacidade funcional, pode auxiliar no planejamento de políticas públicas, apontando algumas das necessidades reais da população e permitindo a alocação adequada de recursos humanos e financeiros.

3.2 Dor e vulnerabilidade frente ao processo de envelhecer

Definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional aversiva tipicamente causada por, ou semelhantemente causada por uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é sempre uma experiência subjetiva, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2019). Quando do tipo crônica, que é o tipo mais recorrente em pessoas idosas, tem função de alerta e, muitas vezes, a etiologia é incerta, não desaparecendo com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais, e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (Dellaroza et al, 2008).

A dor quanto crônica em pessoas idosas está geralmente associadas às doenças musculoesqueléticas, como artrites e osteoporose. Admite-se que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentem dor. Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor. A mesma é frequente em 32% a 34% dos idosos, ocasional em 20% a 25%, aguda em 6% a 7% e crônica em 48% a 55% (Dellaroza et al, 2008).

A condição de dor, gera abalos emocionais inevitáveis, especialmente nas condições crônicas comuns na pessoa idosa, onde essa dor persiste e se apresenta como constante, intensa, desagradável e resulta de mudanças complexas na via nociceptiva (Ferretti et al, 2019). Fatores como desconforto, fadiga, insônia, medo, ansiedade, raiva, tristeza, tédio, depressão, isolamento mental e abandono social podem diminuir o limiar de dor. Por outro lado, fatores como analgesia, sono adequado, compaixão, companheirismo, compreensão, relaxamento, atividades criativas, redução na ansiedade e elevação do humor podem elevar o limiar da dor (Capela et al, 2009).

Quando associada a limitações funcionais em pessoas idosas, a dor afeta negativamente a saúde dessa população. Impactando, limitando a rotina culminando em certa vulnerabilidade na qual, reside o germe para o seu próprio enfrentamento. Como cita Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017), a vulnerabilidade pode ser universal e inerente à condição humana, ou ligada a existência de pessoas ou grupos que devem ser especialmente protegidos em razão de vulnerabilidades específicas. Assim, ao mesmo tempo em que se reconhece que a vulnerabilidade é condição humana inerente, se admite que algumas pessoas a apresentam em maior grau, podendo alguns fatores serem suporte para o enfrentamento da mesma.

Sendo a dependência humana atrelada à necessidade do outro, em maior ou

menor escala, e ao fato de que para se atingir o bem-estar físico e mental é imprescindível a conexão social, sabendo-se que a vulnerabilidade depende de fatores diversos e específicos, tais como a potencialidade de danos à integridade pessoal, idade, sexo, grau de instrução, condição econômica, cultural ou social e, notadamente, a qualidade dos cuidados e o acesso a uma rede de proteção social (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Desse modo, a vulnerabilidade se refere, ao estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida e podem apresentar dificuldades para proteger os próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos.

Os aportes desenvolvidos por Ayres e colaboradores, como citado por Oviedo e Czereresnia (2015), contribuíram substancialmente para a elaboração teórica da vulnerabilidade, ao longo da última década, no contexto latino-americano. Tal perspectiva, propõe superar, sem negar, práticas preventivas ancoradas no conceito do risco, e captar as interferências entre as múltiplas dimensões (aspectos individuais, coletivos e contextuais) envolvidas no processo saúde/doença.

No âmbito da saúde, vulnerabilidade tem o propósito de trazer os elementos abstratos relacionados aos processos de envelhecimento e de adoecimento para planos mais concretos, específicos e multidimensionais, expressando, desse modo, os potenciais de adoecimento, de nãoadoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo, buscando a síntese dos três planos

- individual, social e programático (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Entendendo Saúde como norma de autonomia de indivíduos e grupos e Doença, como “esforço da natureza no homem para obter novo equilíbrio”, saúde e doença podem existir simultaneamente em uma pessoa, quando há patologia, mas a pessoa se considera em estado de saúde e, inversamente, quando não há patologia, mas a pessoa se considera doente (Schumacher, Puttini & Nojimoto, 2013).

Na velhice, em todos os grupos etários, há mais mulheres do que homens e, embora mais longevas, elas são mais afetadas do que eles por doenças crônicas, incapacidade física, déficits cognitivos e emocionais. A prevalência de incapacidade funcional, de déficit cognitivo, de doenças crônicas e de sintomas depressivos é maior entre os indivíduos mais velhos, as mulheres e os idosos com nível mais baixo de renda e de escolaridade (Rodrigues & Neri, 2012). Nesse processo, o apoio social informal e a maneira como o idoso percebe a própria saúde apresentam-se como recursos protetores que facilitam a adaptação dos idosos às perdas associadas ao envelhecimento, e

decorrentes das condições de dor crônica.

No caso do Brasil, observa-se que ainda há poucas publicações, fazendo-se, portanto, relevante este estudo a fim de gerar mais informações sobre o tema e orientar o planejamento e a prática de cuidado do idoso. O estudo das condições individuais, econômicas e sociais de vulnerabilidade da população idosa, em interação com o acesso e o uso dos serviços de saúde, pode auxiliar no planejamento de ações de atenção à saúde do idoso. Pode igualmente subsidiar políticas de saúde e educação para a população de crianças, jovens e adultos, uma vez que o envelhecimento é um processo de curso de vida (Rodrigues & Neri, 2012).

3.3 Impactos da Dor na qualidade de vida no indivíduo idoso

A dor é um fenômeno multifatorial, desagradável, subjetiva e relacionada às experiências anteriores. Envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio. Fatores como a percepção de incapacidades e estratégias passivas de enfrentamento frente a vivência da dor, acabam por culminar em depressão, pior qualidade de vida, incapacidade funcional e alterações na intensidade da dor.

A percepção do controle da dor se baseia na teoria do aprendizado social, segundo a qual, com base nas experiências pessoais previamente vividas, as pessoas adquirem uma percepção de controle da dor que pode sofrer influência de novas experiências (Araújo, Lima, Sampaio & Pereira, 2010). Quando recorrente, a dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo. Pode acarretar: depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a quadros de dor em idosos, fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas, dificuldade de concentração, entre outros (Santos, Moraes, Pastore & Cendoroglo, 2015).

Existem dois locais nos quais o indivíduo pode perceber predominantemente quem ou o que detém o controle dos eventos da sua vida, ou seja, lócus de controle que pode ser: internamente, o indivíduo percebe que os eventos da vida são controlados por ele mesmo, ou externamente. Os fatores externos são subdivididos em controle ao acaso, o indivíduo percebe que os eventos da vida são controlados por fatores, como azar, sorte ou destino, ou por pessoas poderosas, o indivíduo percebe que quem controla os eventos são profissionais de saúde, familiares e outras pessoas (Araújo, Lima, Sampaio & Pereira, 2010).

Assim, indivíduos que percebem o controle da dor externamente possuem maior incapacidade funcional, exibem mais alterações psicológicas, utilizam mais os serviços de saúde bem como estratégias de enfrentamento. Em contrapartida, indivíduos que possuem uma percepção interna descrevem a dor com menor frequência e intensidade, possuem limiar de dor mais alto, melhor funcionalidade e utilizam estratégias de enfrentamento focadas no problema, menos alterações psicológicas, maior integração social, mais aderência aos tratamentos de orientação e melhores condições de saúde (Araújo, Lima, Sampaio & Pereira, 2010).

Quando presente na vida do idoso, a dor instiga, consome, enfraquece o que ele tem de mais precioso – a vida. Ela confronta o idoso com sua fragilidade, ameaça sua segurança, autonomia, independência, e está entre os principais fatores limitadores da possibilidade de o idoso manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente a qualidade de vida e o bem-estar, restringindo, em algumas situações, a convivência social, levando-os a situações de isolamento e vulnerabilidade (Celich & Gálon, 2009).

A dor do tipo crônica que é a mais frequente em pessoas idosas, de natureza biopsicossocial, exige uma abordagem multidisciplinar. Afeta não somente o indivíduo, mas também a sua família e a sociedade, uma vez que direciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o sistema de saúde (Ferretti et al, 2019). Por não possuir cura, a dor quando crônica, tem necessidade manejo adequado ao longo do tempo, a fim de melhora e manutenção da capacidade funcional e o desenvolvimento de habilidades auto gerenciais de cuidado. Ou seja, para haver melhora da qualidade de vida, é necessário retardar o progresso da incapacidade dos idosos com doença crônica para que o idoso possa realizar o autocuidado através das atividades cotidianas, estímulo físico e mental. Idosos com melhor autocuidado são mais ativos quanto a sua condição física de acordo com a sua capacidade (Willemann, 2016).

As doenças crônicas são as que mais afetam a qualidade de vida do indivíduo, porque interferem, de forma permanente, em seu estilo de vida e limita sua capacidade produtiva e sua visão de mundo. Pode-se dizer também que a qualidade de vida em uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade, etc.

A boa qualidade de vida auxilia a manutenção da autonomia do idoso, e, uma

forma de quantificá-la é associá-la ao grau de autonomia que o idoso desempenha as suas funções no dia a dia, tornando-o independente dentro de um contexto social, econômico e cultural. Desse modo, a qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças (Cunha & Mayrink, 2011). Qualidade de vida, compreendida neste sentido, como um conceito multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida, e a mesma, quanto relacionada à saúde, é entendida como sendo a percepção de um indivíduo sobre sua própria condição de bem-estar nas esferas do trabalho, cultura e valores, incluindo seus objetivos, expectativas e interesses pessoais (Capela et al, 2009).

Quando há diminuição na funcionalidade decorrente da dor e refletindo, portanto, a qualidade de vida na pessoa idosa, ocorre o desenvolvimento da síndrome da fragilidade com presença de sinais e sintomas que demonstram a debilidade nos domínios físico, psicológico e social. Costuma acometer indivíduos com mais de 65 anos de idade que dependem de outras pessoas para realizar as atividades cotidianas. Além de impulsionar o risco de quedas, incapacidade, hospitalização e morte.

Os idosos considerados frágeis tendem a apresentar doença crônica prévia e uso contínuo de medicações. Desse modo aqueles que apresentam dor crônica são mais vulneráveis a essa síndrome (Willemann, 2016). Tal fragilidade é comumente relacionada ao grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, e está ligada a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas conseqüências (Moraes et al, 2016).

3.4 Psicologia da Saúde no contexto da dor, qualidade de vida e envelhecimento

A Psicologia, como ciência e profissão, vem aprimorando cada vez mais seu repertório teórico, técnico e metodológico, para atuar nos mais diversos dispositivos de saúde, tanto em equipes multidisciplinares como no desenvolvimento de ações individuais e coletivas. A Psicologia pode contribuir assumindo um papel de compromisso social legítimo, o que implica agir em saúde de uma forma humanizada, baseada numa postura de inclusão, de um “estar com” e “perto de”, revalorizando um atendimento integral, no qual deve haver uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica, de empatia e de estabelecimento de vínculo (Brasil, 2009).

Enquanto experiência complexa e de causas heterogêneas, a dor na pessoa idosa vista a partir da ótica da Psicologia da Saúde reflete sobre a necessidade do cuidado multiprofissional e de uma equipe especializada para o atendimento a essas pessoas, bem como na garantia dos seus direitos e assistência à saúde. Muitas vezes, a condição dolorosa em idosos é subtratada e subdiagnosticada, assim, intervenções médicas precoces se fazem fundamentais para amenizar os impactos das condições de dor na pessoa idosa. Uma vez que a queixa dolorosa resulta em alterações físicas, psicológicas e comportamentais, tal fatoda sintomatologia da dor resulta numa necessidade clara de relações mais seguras entre profissionais e paciente, neste caso a pessoa idosa acometida por problemas crônicos.

Este trabalho trata da dor e qualidade de vida em pessoas idosas, sob o olhar da Psicologia da Saúde a fim de possibilitar discussão, reflexão e estudo acerca da temática enquanto campo de práticas e saberes, bem como apresentar os principais fundamentos teóricos, metodológicos e as tendências na contemporaneidade frente à dor e ao envelhecimento. Desse modo, a partir de uma reflexão sobre o desenvolvimento da Psicologia da Saúde em seus aspectos históricos, teóricos, conceituais e éticos, pretendeu-se apresentar as possibilidades de aplicação da Psicologia da Saúde no campo da dor em pessoas idosas, com enfoque no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva.

A Psicologia da Saúde, por meio de suas reflexões vêm nesse sentido possibilitar melhor compreensão desse processo, visto que tal condição na pessoa idosa acaba deixando a mesma em situação de vulnerabilidade necessitada, assim, atenção e cuidados específicos, como, por exemplo, melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, educação para a saúde sobre as condições dolorosas, tratamentos possíveis, dentre outras questões. Por meio dela, é possível entender o conceito de saúde como amplo, sendo uma realidade total e integrada. Assim, mente e corpo estão interrelacionados corroborando com a existência do componente emocional da dor. Saúde e doença, são conceitos que evoluíram com a história do homem, estando relacionada com a boa-alimentação, qualidade de vida, ausência de doença, equilíbrio e felicidade. Enquanto um construto multifatorial, saúde está relacionada a fatores como: idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida individual, influências sociais e comunitárias, condições de habitação e trabalho, socioeconômicos e ambientais (Alves, 2011).

A avaliação global da pessoa idosa, considerando uma melhor relação médico paciente, análise das dimensões física, psicológica e social, bem como uma análise

cuidadosa do risco/benefício dos tratamentos geralmente propostos, trariam uma melhor humanização do processo de tratamento da dor, conforme preconizado pela Psicologia da Saúde. Humanização aqui entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Trata-se de dar voz a todos os atores desse processo, de maneira que o diálogo resultante desta interação faça sentido, tanto para a promoção da saúde, quanto para a construção dos mesmos como sujeitos e protagonistas (Cid et al, 2019).

A prioridade de consulta diante de um paciente idoso com doenças crônicas e dor, vincula-se necessariamente a qualidade de vida. Manter a pessoa idosa frente a esse processo, com capacidade de auto decisão e independência, com olhar atento e escuta qualificada, é altamente humano e significativo. Envelhecimento e dor não são sinônimos, e a Psicologia da Saúde vêm neste sentido com ações que garantem o direito da pessoa idosa quanto aos cuidados em saúde, uma educação da população sobre as condições de dor, atenção e cuidado integral e precoces, os quais são aspectos fundamentais e importantes para gerir o atendimento a essas pessoas e a continuidade de estudos sobre a temática.

Fenômenos sociais, como é o caso da dor, vulnerabilidade e qualidade de vida frente ao envelhecimento, devem ser trabalhados também em sua dimensão subjetiva e não apenas física, a fim de promover os direitos sociais quanto ao aspecto subjetivo. Intervenções adequadas diante de problemas crônicos possibilitam diminuir a morbidade e uma melhora significativa na qualidade de vida das pessoas idosas.

No Brasil, percebe-se a adoção de uma perspectiva neoliberal, na qual se encontra o Estado e setor privado como corresponsáveis pela operacionalização de políticas e proteção aos idosos, e prevê uma redistribuição de atividades, com a participação do Estado, da sociedade e da família nas ações de proteção e assistência ao idoso. Assim, o discurso apresentado pelas políticas públicas sobre o envelhecimento prevê a participação de todos (o idoso, a família, a sociedade e o Estado) nas discussões e ações de assistência à saúde e social, que envolvam essa temática. Porém, a dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento da população idosa, registrado no Brasil, principalmente nesse início do século XXI, traz como consequência a distorção das responsabilidades sobre o idoso dependente, que acabam sendo assumidas por seus familiares como um problema individual ou familiar, devido à ausência, ou precariedade, do suporte do Estado (Santos & Silva, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela portaria nº 2.528/2006, tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a

autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006). O maior problema da maioria dos modelos assistenciais de saúde vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Não é possível tratar o idoso da mesma forma como se trata um adulto jovem. É necessário trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis. Esta estratégia é um aprofundamento de práticas preventivas, objetivando identificar precocemente agravos e fatores de risco envolvidos na perda da capacidade funcional (Caldas et al., 2013).

É necessário desenvolver sistemas de saúde orientados para os indivíduos, que contemplem integração e a continuidade dos cuidados e possuam uma porta de entrada no sistema que permita construir uma relação de confiança entre as pessoas e seus prestadores de serviços. Pode-se pensar, dessa forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado problema de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros (Veras, Caldas & Cordeiro, 2013).

3.5 COVID-19: impactos da pandemia no processo de envelhecimento

A pandemia do COVID-19, doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez, na China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a epidemia da COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e, em 11 de março de 2020, uma pandemia (Oliveira, Duarte, França & Garcia, 2020). A doença de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma infecção respiratória cujo espectro clínico é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave (Lima, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. Tratava-se de um homem idoso residente em São Paulo/SP, que havia retornado de viagem à Itália. A doença se propagou rapidamente. Em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, já havia transmissão comunitária em algumas cidades. Em 17 de março de 2020, ocorreu o primeiro óbito por COVID-19 no país. Era outro homem idoso residente em São Paulo/SP, que apresentava diabetes e hipertensão, sem histórico de viagem ao exterior. Em 20 de março de 2020, foi reconhecida a transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional (Oliveira, Duarte, França & Garcia, 2020).

Entre as estratégias para o enfrentamento da doença, a primeira medida adotada é o distanciamento social, evitando aglomerações a fim de manter no mínimo um metro e meio de distância entre as pessoas, como também a proibição de eventos que ocasionem um grande número de indivíduos reunidos (e. g., escolas, universidades, shows, shoppings, academias esportivas, eventos esportivos, entre outros) (Reis-Filho & Quinto, 2020). Em contrapartida, em casos extremos é adotado o Isolamento Social (IS), conceitualmente, quando as pessoas não podem sair de suas casas como forma de evitar a proliferação do vírus. Dessa forma, há ainda a recomendação de que as pessoas suspeitas de possuírem o vírus, permaneçam em quarentena por quatorze dias, pois este é o período de incubação do SARS-CoV-2, ou seja, o tempo para o vírus manifestar-se no corpo do indivíduo (Oliveira, 2020).

Diante das recomendações de isolamento social atualmente impostas em vários países, incentivar a manutenção de uma rotina de vida fisicamente ativa por parte da população como uma medida preventiva para a saúde é fundamental durante esse período de enfrentamento contra a disseminação do vírus. Em um período de reclusão domiciliar a população tende a adotar uma rotina sedentária, o que favoreceria a um aumento no ganho de peso corporal e surgimento de comorbidades associadas a maior risco cardiovascular, como obesidade, aumento da pressão arterial, intolerância à glicose, bem como transtornos psicossociais como ansiedade e depressão. De fato, o comportamento sedentário, seja sentado, assistindo TV ou passando tempo em frente a dispositivos eletrônicos, foi associado a aumento do peso corporal em crianças, adolescentes, adultos e idosos e aumento marcante do risco de mortalidade cardiovascular. Por outro lado, o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade mostram-se reduzido em indivíduos com hábitos de vida fisicamente ativos, como caminhadas de moderada intensidade (Ferreira et al, 2020).

Manter-se fisicamente ativo deve ser enfatizado ainda mais para indivíduos idosos, os quais comprovadamente apresentam mais comorbidades e maior risco cardiovascular, além de serem mais vulneráveis ao COVID-19. Populações com comorbidades cardiovasculares devem realizar atividades físicas diariamente, mantendo o tratamento farmacológico e respeitando suas eventuais limitações físicas e as recomendações de profissionais de saúde. A prática de exercícios físicos deve ser interrompida na presença de sintomas relacionados ao COVID-19 como febre, tosse seca e dispnéia, quando em repouso (Ferreira et al, 2020).

Não obstante os esforços do MS, as características da COVID-19 tornam difícil seu controle. Sua elevada transmissibilidade, inclusive a partir de casos assintomáticos,

possibilitam supor que a incidência da infecção seja elevada e que o número de casos graves, que necessitem de internação e/ou cuidados intensivos, possa superar a capacidade dos serviços de saúde. O país enfrenta não somente uma doença nova, mas também uma situação inusitada, que requer mudanças radicais de comportamento, nos níveis individual e comunitário (Oliveira, Duarte, França & Garcia, 2020).

A proteção aos idosos é estratégia prioritária, tendo em vista que eles constituem grupo com maior risco de complicações e de morte pela COVID-19. As pessoas com mais de 60 anos de idade, por serem as mais vulneráveis, devem permanecer em casa sempre que possível, restringir seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitar o uso de meios de transporte coletivo, e não frequentar locais com aglomerações. Conseqüentemente, frente ao isolamento, ficam mais suscetíveis a apresentarem quadros de dor crônica levando a maior inatividade e funcionalidade nas atividades que antes realizava.

Em face de tais considerações tornou-se perceptível a necessidade em tratar um tema tão importante para o escopo social sendo a dor crônica em idosos, mundialmente conhecida, e que necessita de melhor atenção e tratamento por parte dos profissionais de saúde. Sendo assim, faz-se necessário elucidar esse fenômeno a partir da ótica dos próprios atores sociais e assim aprofundar e enriquecer os conhecimentos sobre a temática da velhice, saúde e dor, a qual poderá ser analisada sob diferentes ângulos, enfocando os aspectos da prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida em idosos.

As incapacidades produzidas pelas condições de dor, aumentada durante a época de pandemia devido a inatividade do dia a dia das pessoas idosas, pode estar levando a impactos diretos na qualidade de vida dos mesmos, variando em intensidade de acordo com a presença ou ausência da dor e interferindo no desempenho e na autonomia, dificultando um envelhecimento ativo e causando independência funcional. No Brasil, as doenças crônicas são prevalentes em 70% dos idosos e causam déficit na saúde de grande magnitude (Ferretti et al, 2018).

A proteção aos idosos, na atual situação de pandemia que acomete a população brasileira é estratégia prioritária, tendo em vista que eles constituem grupo com maior risco de complicações e de morte pela COVID-19. As pessoas com mais de 60 anos de idade, por serem as mais vulneráveis, devem permanecer em casa sempre que possível, restringir seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitar o uso de meios de transporte coletivo, e não frequentar locais com aglomerações (Oliveira, Duarte, França & Garcia, 2020).

Assim, com possíveis diferentes intervenções no campo da saúde, a partir de um modelo biopsicossocial, com atividades multidisciplinares, educação para a saúde, investigação comunitária, intervenção social, além de processos macrossociais e econômicos, é possível que processos de dor em pacientes idosos sejam melhor avaliados e tratados pelos profissionais de saúde.

4. ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Resumo: O objetivo geral foi analisar a dor crônica e a qualidade de vida em pessoas idosas, frente a pandemia do COVID-19, em participantes de uma Universidade Aberta à Maturidade. Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal, com uma amostragem de conveniência composta por 20 idosos com idades iguais ou superiores a 60 anos. Foram utilizados como instrumentos de avaliação os questionários Sociodemográfico e de Qualidade de Vida (*WHOQOL-bref* e *WHOQUOL-old*), e as Escalas Visual Analógica de Dor, e de Mensuração Geriátrica. Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS)* - versão 21.0, por meio de análise de frequências e correlações. Para tal, utilizou-se o *Teste t* e *Correlação Linear de Pearson* com nível de significância de $p < 0,05$. Foram identificadas presença de dor crônica moderada na maioria dos idosos, a partir da escala unidimensional de dor (EVA), sendo estudado, também constatado pela Escala de Mensuração Geriátrica (GPM), e a maioria também relatou aumento da intensidade da dor no período de pandemia. Os instrumentos de qualidade de vida demonstraram relação direta com a dor e, pelo instrumento *Whoquol-bref*, as maiores médias foram observadas para os domínios: psicológico, ambiente, intimidade, funcionamento do sensorio e morte e morrer. Quando correlacionados os instrumentos de qualidade de vida com as escalas, na análise bivariada, as médias de qualidade de vida geral correlacionaram-se negativamente com EVA e GPM, havendo relação forte entre essas variáveis, indicando que na medida em que aumenta a dor na pessoa idosa ocorre diminuição na qualidade de vida geral dessas pessoas.

Palavras-chave: qualidade de vida; envelhecimento; dor crônica

Abstract: The general objective was to analyze chronic pain and quality of life in elderly people, in front of the COVID-19 pandemic, in participants of a University Open to Maturity. This was a quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study, with a convenience sampling composed of 20 elderly individuals aged 60 years or older. The Sociodemographic and Quality of Life (*WHOQOL-bref* and *WHOQUOL-old*) questionnaires and the Visual Analogue Pain and Geriatric Measurement Scales were used as assessment instruments. The data were analyzed by the statistical program *Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS)* - version 21.0, through frequency and

correlations analysis. For this, we used Pearson's t-test and linear correlation with a significance level of $p < 0.05$. The presence of moderate chronic pain was identified in the majority of the elderly, from the one-dimensional pain scale (VAS), and it was studied, also verified by the Geriatric Measurement Scale (PMG), and most also reported increased pain intensity in the pandemic period. The quality and life instruments showed a direct relationship with pain and, by the Whoqol-bref instrument, the highest means were observed for the domains: psychological, environment, intimacy, sensory functioning and death and death. When the quality of life instruments were correlated with the scales, in the bivariate analysis, the means of general quality of life were negatively correlated with VAS and PMG, with a strong relationship between these variables, indicating that as pain increases in the elderly person there is a decrease in the overall quality of life of these people.

Keywords: quality of life; aging; chronic pain.

Introdução

A definição revisada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”* (Raja SN et al., 2020). Considerada uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Desse modo, embora cumpra um papel adaptativo, a dor pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.

A dor crônica é definida como uma dor contínua ou recorrente, de duração mínima de três meses, com função de alerta e, muitas vezes, de etiologia incerta. Não desaparece como emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais, sendo causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (Dellaroza et al, 2008). No que se refere as pessoas idosas, este tipo de dor, quando relacionada à saúde, tem alta prevalência e está geralmente associada a desordens crônicas particularmente doenças musculoesqueléticas, como artrites e osteoporose. No indivíduo idoso é comum que experiências dolorosas, especialmente as crônicas, afetem a capacidade de realizar as atividades rotineiras, podendo limitar potencialmente sua interação e convívio social, situações estas que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida dessas pessoas (Celich & Galon, 2008).

O corpo, como espaço da doença, traz a mesma entendida como construção social, regida por crenças sobre o seu significado, e dessa forma a dor, do ponto de vista psicossocial, onde ocorrem as emoções associadas, acabam afetando a sensação

dolorosa como um todo (Marquez, 2011). Enquanto multifatorial, a experiência dolorosa relacionada a qualidade de vida passa a impactar nesta com suas nuances biopsicossociais, refletindo a percepção que os indivíduos têm de que sua funcionalidade e necessidades primárias saciadas, ainda, que, a dor poderá diminuir os projetos de vida e de felicidade do indivíduo idoso.

Desse modo, ressalta-se que Qualidade de vida, consiste em um conceito multidimensional que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida. Refere-se: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações, e incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (The Whoqol Group, 1995).

Admite-se que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentam dor crônica. Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor. A dor crônica é frequente em 32% a 34% dos indivíduos idosos, ocasional em 20% a 25%, aguda em 6% a 7% e crônica em 48% a 55% (Dellaroza et al, 2008).

O envelhecimento, considerado e entendido como fenômeno mundial ligado às transformações sociais e econômicas, agrega em aumento da prevalência de doenças crônicas e prejuízo funcional (Donatti et al, 2019). Considera-se que a melhoria da expectativa de vida da população brasileira é um fenômeno social que precisa ser otimizado, mesmo diante dos que convivem com alguma condição crônica que refere dor, e essa dor precisa ser trabalhada e analisada em prol de meios que venham a diminuí-la (Ferretti et al, 2018).

Agrega-se a essa afirmação, que com o aparecimento da pandemia do COVID 19, e considerando ainda que uma das metas era controlar os índices de contágio principalmente entre a população idosa, para diminuir o risco de um verdadeiro gerontocídio, uma das estratégias para o enfrentamento da pandemia foi o de proteção aos indivíduos idosos, tendo em vista que eles constituem grupo com maior risco de complicações e de morte pela COVID-19. Os indivíduos com idade igual ou mais de 60 anos de idade, por serem as mais vulneráveis ao vírus, tiveram que permanecer em casa sempre em isolamento social, restringir seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitar o uso de meios de transporte coletivo, e não frequentar locais com aglomerações (Oliveira, Duarte, França & Garcia, 2020).

Dessa forma, ao abordar pesquisas sobre a dor em tempos de pandemia de COVID-19, precisa-se afirmar que o presente estudo aconteceu nesse período, quando indivíduos idosos estavam confinados em suas residências, sem muita oportunidade de exercer atividades físicas e sociais, do ponto de vista da otimização do envelhecimento ativo e saudável, tanto preconizado pelos programas de saúde públicos e privados de apoio ao indivíduo idoso.

Ressalta-se também que a dor é considerada como quinto sinal vital, diante de outros que constituem avaliações prioritárias em saúde como a respiração, a pulsação, a temperatura e a pressão arterial sistêmica. Considera-se, nesse contexto, que a experiência dolorosa possui efeitos diversos como: desconforto, fadiga, insônia, medo, ansiedade, raiva, tristeza, tédio, depressão, isolamento mental e abandono social. Por outro lado, fatores como analgesia, sono adequado, compaixão, companheirismo, compreensão, relaxamento, atividades criativas, redução na ansiedade e elevação do humor podem elevar o limiar da dor (Capela et al, 2009). O presente estudo busca responder ao seguinte questionamento: *Como a dor no indivíduo idoso afeta sua qualidade de vida frente a pandemia do COVID-19?* Nessa perspectiva, o objetivo principal foi analisar a dor crônica e a qualidade de vida em pessoas idosas, frente a pandemia do COVID-19, em participantes de uma Universidade.

Método

Pesquisa quantitativa, de natureza exploratória e descritiva junto às pessoas idosas participantes da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA), da Universidade Estadual da Paraíba, situada no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, cuja participação de ingresso no referido programa, em média acontece aproximadamente, com o universo de 100 indivíduos idosos, dos quais 20 participaram efetivamente deste estudo.

A amostra foi aleatória simples, e teve como critério de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ambos os gêneros; indivíduos idosos que autorreferenciam presença de dor crônica com duração maior de três meses e com intensidade maior que 30mm pela EAV; e que estivessem matriculados na UAMA da UEPB. Os critérios de exclusão foram: indivíduos idosos que no ato da coleta estavam sentindo dores, e/ou com dificuldades de mobilidade e independência no ato da coleta de dados, desconexão da internet no meio da entrevista, não sendo possível continuar, considerando que toda a pesquisa aconteceu de forma remota.

A média de participação na UAMA em Campina Grande/PB, está

aproximadamente consolidada em 50 indivíduos matriculados por semestre. Os participantes, eram todos indivíduos idosos inscritos na UAMA, e que estavam em atividades *online*, no período da coleta de dados que aconteceu entre os meses de março a maio de 2021. Inicialmente foi feito contato inicial com a coordenação do UAMA/UEPB, após concordância com a pesquisa foi enviado por meio de grupo de Whatsapp convite para os alunos do programa e 20 indivíduos se mostraram interessados em participar do estudo.

Dessa forma, foram respeitados todos os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo o anonimato e sigilo das informações dos participantes, assegurando-lhes, ainda, a possibilidade de desistência no tocante à colaboração a qualquer momento do desenvolvimento do estudo, sendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo de Nº CAAE 36469220.5.0000.5187, e tendo todos só emitido o consentimento de pesquisa, após elucidação de todo o projeto. A pesquisa atendeu a resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram utilizados como instrumentos: 1) Questionário Sociodemográfico e de saúde; 2) Escala Analógica de dor (EAV); 4) Escala de Mensuração da dor geriátrica (GPM – *Geriatric Pain Measure*); 5) *WHOQOL-bref*; e *WHOQOL-old*. Inicialmente foi estabelecido um *rapport* para esclarecer acerca da pesquisa e em seguida os instrumentos foram aplicados individualmente via plataforma online *Google Meet*, auxiliando aos participantes na leitura das perguntas, sendo todas de fácil aplicabilidade e aplicadas seguindo a metodologia própria de cada um dos instrumentos utilizados. Todas as entrevistas foram gravadas e autorizadas para uso em pesquisa.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva e analítica utilizando o programa estatístico *Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS)* - versão 21.0, por meio de análise de frequências e correlações. Para tal, utilizou-se o *Teste t* e *Correlação Linear de Pearson* com nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

Ressalta-se, *a priori*, que a amostra de indivíduos apresentadas constitui 20 indivíduos idosos de um universo de 100 participantes da Universidade Aberta à Maturidade/UEPB e se caracteriza de uma forma generalizada por indivíduos provenientes de logradouros residenciais da zona urbana do município de Campina Grande (PB).

A descrição da caracterização geral da amostra estudada, refere-se a uma amostra composta pela maioria de mulheres idosas 17 (85%) e por 3 (15%) homens apenas. Do total de participantes 14 (70%) estavam numa faixa etária entre 60 a 69 anos e 6 (30%) tinham mais de 70 anos.

Com relação ao estado civil referido dos participantes 7 (35%) estavam casados, 6 (30%) divorciados, 4 (20%) viúvos e 3 (15%) solteiros. Quando se questionou sobre escolaridade, o número maior referiu a conclusão do ensino médio (35%; n=7), seguido por ensino superior (30%;n=6) e pós graduação (15%; n=3) com mesma porcentagem de ensino fundamental (15%; n=3).

Quando se questionou sobre o exercício de atividades de trabalho, 18 (90%) negam o exercício de trabalho atualmente (90%; n=18), 16 (80%) se afirmaram como aposentados (80%; n=16), e 11 (55%) se consideram responsáveis pelo sustento das suas famílias.

Quanto a renda familiar 55 % (n= 11) tinham renda maior que 3 salários-mínimos E, com base na crença religiosa, 15 se católicos (75%; n=15). Quando se perguntou sobre a manutenção de um bom relacionamento familiar, 18 (90%) responderam que sim. E outro ponto analisado foi do uso do Sistema Público e usam a rede pública de saúde (75%; n=15).

Quando perguntados sobre sintomas de COVID-19, a maioria dos idosos (85%; n=17), afirmou não ter tido sintomas, considerando que estão tendo os cuidados necessários e se resguardando em suas casas, seguindo as regras sanitárias de isolamento social, em comparação com a minoria (15%, n=3) que afirmou ter tido sintomas, embora não tenham sido diagnosticados com COVID-19. Já no que se refere a dor crônica, 19 (95%) deles afirmaram que foram acometidos por dor crônica enquanto 1 (5%) afirmou não ter doenças crônicas. Neste dado, ressalta-se que 11 (55%) disseram que as dores ficaram mais intensas durante essa época de pandemia enquanto 9 (45%) não tiveram alterações.

Sobre atividades físicas, 10 (50%) afirmaram não está realizando nenhuma atividade física, estando em total sedentarismo, o que de fato tem ajudado a aumentar as dores articulares, e os outros 10 participantes estavam praticando alguma atividade mesmo que dentro de casa.

Nesse contexto, foi aplicado a Escala de Avaliação da Dor (EVA), o qual dados convergiram para o seguinte resultado: a maioria deles (55%, n=11) atingiram o resultado de dor moderada; 5 (25%) pontuaram dor leve; e 4 (20%) dor intensa.

Os dados supracitados corroboraram com a avaliação ainda mais detalhada e

executada nos participantes mediante aplicação da Escala de Mensuração da Dor Geriátrica, quando 10 (50%) apresentavam prejuízos relacionado a dor do tipo moderada e reflete as dimensões múltiplas da dor incluindo a intensidade da dor, a dor na atividade, o seu impacto no humor e independência. E os demais apresentaram dor leve (35%, n=7) e dor intensa em sua minoria (15%, n=3).

Quando da aplicação do instrumento de *Whoqol-bref* para mensurar a qualidade de vida (QV) dos participantes, as médias das respostas de QV diante dos domínios foram bem diversificadas. Conforme os dados apresentados na Tabela 01, os participantes tiveram escores médios de qualidade de vida em todos os domínios. E, as maiores médias foram observadas para o domínio Psicológico (média=3,9000), e ambiente (média=3,8563), seguido pelos domínios Físico (média=3,7071) e Relações Sociais (média=3,6500). E, no Domínio Geral da qualidade de vida os participantes obtiveram média de 3,8038 com DP de 0,47120, significando um escore médio. Pode-se observar que a partir da percepção das pessoas, tanto a avaliação geral da qualidade de vida, quanto a avaliação por domínios, apresentam resultados entre os valores 3 e 4. Desta forma, são classificadas entre “nem ruim, nem boa” e “boa” conforme a Escala de Likert.

Tabela 1. Distribuição de médias e desvios-padrão dos resultados obtidos pelos indivíduos idosos em relação às respostas dentro os domínios de qualidade de vida avaliada pelo instrumento *Whoqol-bref* em pessoas idosas do UAMA/UEPB, n=20, Campina Grande/PB, Brasil.

Domínios e QV geral	Média	Desvio padrão
Físico	3,7071	0,67402
Psicológico	3,9000	0,57328
Relações Sociais	3,6500	0,97618
Ambiente	3,8563	0,47343
WHO geral	3,8038	0,47120

Considerando a análise de frequências do questionário *Whoqol-old* e apresentados na Tabela 2, as maiores médias foram observadas para os domínios: Intimidade (média=4,1842); Funcionamento do Sensório (média=4,1316); e Morte e morrer (média=4,1316). Já as menores médias ocorreram para os domínios: Atividades presentes, passadas e futuras (média=3,8684); Participação social (média=3,8553); e Autonomia (média=3,5395), sendo menor a qualidade de vida nestes aspectos entre as pessoas idosas participantes. Além disso, sobre a qualidade de vida geral avaliada pelo

Whoqol-old, ocorreu média de 3,9518 e desvio padrão de 0,81582, indicando uma qualidade de vida entre 3 e 4 que pela Escala de Likert, estaria entre média e boa a qualidade de vida dos participantes.

Tabela 2. Distribuição dos dados obtidos de indivíduos idosos em relação às respostas dentro os domínios de qualidade de vida avaliada pelo instrumento *Whoqol-old* em pessoas idosas do UAMA/UEPB, n=20, Campina Grande/PB, Brasil.

Domínios e OLD geral	Média	Desvio padrão
Funcionamento do Sensório	4,1316	0,80953
Autonomia	3,5395	0,99045
Atividades presentes, passadas e futuras	3,8684	0,87547
Participação social	3,8553	0,82207
Morte e morrer	4,1316	1,00819
Intimidade	4,1842	0,81582
OLD geral	3,9518	0,57320

Na análise bivariada, apresentada na Tabela 3, as médias de qualidade de vida geral correlacionaram-se negativamente com EVA e GPM, havendo relação forte entre essas variáveis, indicando que na medida em que aumenta a dor na pessoa idosa ocorre diminuição na qualidade de vida geral delas. Já no que se refere aos domínios da qualidade de vida referentes ao *Whoqol-brefe Whoqol-old*, o Funcionamento do Sensório correlacionou-se positivamente com EVA e GPM, indicando que há uma significativa relação entre esse domínio com a dor na pessoa idosa, sendo que um tem aumento na medida que o outro também aumenta. Ou seja, na medida que os escores do domínio Sensório aumentam, a dor na pessoa idosa também aumenta. E, o domínio Morte e morrer teve correlação negativa com ambas as escalas e mais forte comparado aos demais domínios, indicando relação inversa entre essas variáveis, ou seja, um aumenta à medida que o outro diminui. Além disso, sobre as qualidades de vida geral, tanto no *bref* quanto no *old*, a correlação com EVA e GPM foram negativas.

Tabela 3. Correlações entre qualidade de vida e respostas às Escalas de dor entre indivíduos idosos do UAMA/UEPB, n=20, Campina Grande/PB, Brasil.

Domínios da QV	EVA		GPM	
	Desvio padrão	Índice de correlação	Desvio padrão	Índice de correlação

Físico	-0,261	0,267	-0,372	0,106
Psicológico	-0,192	0,418	-0,251	0,286
Relações Sociais	-0,027	0,908	-0,031	0,897
Ambiente	-0,145	0,543	-0,272	0,247
WHO geral	-0,270	0,250	-0,379	0,099
Funcionamento do Sensório	0,13	0,958	0,27	0,914
Autonomia	0,023	0,925	0,189	0,438
Atividades	-0,192	0,431	-0,203	0,406
Participação social	-0,014	0,955	-0,102	0,677
Morte	-0,341	0,153	-0,249	0,304
Intimidade	-0,031	0,901	-0,073	0,767
OLD geral	-0,150	0,540	-0,105	0,667

Discussão

Os dados revelaram que a maioria dos participantes afirmaram-se ser do sexo feminino, estarem casadas e durante a pandemia do COVID-19 não estiveram em isolamento social, sem práticas de educação física regular e sem convívio social com a família e outros de forma presencial. Estudos (Gomes et al, 2020; Borges, Oliveira, Macedo Santos e Pllizzer,2020) citam que as doenças crônicas na sua grande maioria, são incuráveis, perpassam por fases, que requerem ajustamentos com os determinantes sociais e hábitos saudáveis de vida, como exemplo a prática de atividade física e a interação social.

Verificou-se que durante a pandemia de COVID-19, que o confinamento como recomendação sanitária necessária para o controle da doença, favoreceu a evolução de sintomas desagradáveis como a persistência da dor crônica ou aumento de sua intensidade nesse período de pandemia. Por isso, endossa-se aqui, a reflexão da importância em rever métodos de manejo da dor em tempos de pandemia que exige isolamento social, para que medidas terapêuticas sejam viabilizadas e refletidas dentro a área de saúde, na perspectiva de buscar soluções para adaptação as novas formas de passar por essas épocas difíceis no que tange ao controle e manutenção da saúde humana. E quanto a dor, indaga-se sempre *como driblar os efeitos nocivos que possam aumentara dor na pessoa idosa, ou seja, como buscar soluções viáveis de melhorar a dor, e estimular a manutenção da capacidade funcional e o desenvolvimento de habilidades auto gerenciar de cuidado em tempos de pandemia?*

Ressalta-se que um dos meios para otimizar qualidade de vida, é retardar o progresso de incapacidades de indivíduos idosos com doença crônica, para que esse indivíduo possa gerir seu próprio autocuidado através das atividades cotidianas, estímulo

físico e mental, promovendo a saúde clínico-funcional, predita para o conceito de envelhecimento saudável, que conduz a um raciocínio que mesmo diante de morbidades, o indivíduo pode ser saudável, desde que sejam preservados sua funcionalidade (Moraes, 2012). Sugere-se que indivíduos idosos com que conseguem gerir seu autocuidado são mais ativos quanto a sua condição física e por isso, conseguem manter-se mais saudáveis e ativos (Willerman, 2016).

A prevalência do gênero feminino nesse estudo em relação a mulheres idosas e dor crônica, corrobora com o conceito de feminização da velhice. As mulheres são as que possuem maior expectativa de vida, menores taxas de mortalidade precoce por idade em relação aos homens. O fato de os participantes possuírem uma média de idade não avançada, mostra que são idosos menos frágeis e mais ativos em suas rotinas, muitas vezes responsáveis pelo próprio sustento e suas famílias, sendo a maioria aposentados e inativos quanto ao trabalho, idosos esses que relataram poucos prejuízos funcionais apesar da dor moderada, com bom enfrentamento e superação.

A feminização do envelhecimento se refere ao fenômeno em que há maior proporção de mulheres que de homens na população idosa, especialmente em idades mais avançadas. É fruto dos amplos diferenciais no volume de idosos por sexo e do envelhecimento se mostrar mais longo entre as mulheres, visto que elas sobrevivem por mais tempo. No entanto, o processo de envelhecimento em nossa sociedade, demonstra que a idade se mostra um marcador que compacta formas de pensar e de compreender um indivíduo, uma organização ou até mesmo uma sociedade. O ageísmo, ou seja, a discriminação de adultos mais velhos, afeta diferentes categorias de idade, mas predomina entre as categorias etárias mais jovens e mais velhas, sendo as mulheres as principais vítimas, pois suas dificuldades parecem ainda maiores (Capelos, 2021).

Quanto à presença ou não de dor, esteve mais intensa no período da pandemia de COVID-19. Essa sintomatologia dolorosa intensificada, pode estar relacionada à tensão emocional como afirma Romero et al (2021) e, nesse artigo percebe-se entre os idosos participantes, diferentes impactos de cunho emocional frente à pandemia do COVID-19. Dentre as tensões desse momento se encontra o fato de que idosos morando sozinhos podem precisar de ajuda para adquirir alimentos, suporte afetivo, econômico, cuidados à saúde e outros, e idosos que moram com outras pessoas correm risco de serem contagiados por integrantes do lar que mantenham contato com o exterior (Romero et al, 2021).

Os impactos psicológicos das medidas de distanciamento social culminaram em maior frequência da ansiedade, solidão e tristeza entre os indivíduos idosos. Embora,

essas pessoas podem estar isoladas socialmente sem relatar sentimento de solidão e podem estar sozinhos mesmo sem isolamento social, mas ambas as condições podem causar danos à sua saúde física e mental (Romero et al, 2021). Diante dessa realidade se faz fundamental uma boa rede de suporte familiar, social e assistencial de saúde a fim de prevenir e ajudar essas pessoas.

Outra estratégia importante diante dessa nova realidade de vida imposta ao indivíduo idoso, a fim de combater o sedentarismo e melhorar a saúde física e mental, são as atividades físicas. O isolamento social determinou a parada do exercício físico diário para muitas dessas pessoas, como também da interação social. Esse preceito discorre positivamente na qualidade de vida e saúde do indivíduo idoso. O exercício físico realizado com intensidade moderada tem efeitos positivos nas respostas do sistema imunológico, obesidade, hipertensão, diabetes e muitas outras doenças frequentes diante do envelhecimento. Portanto, manter atividade física regular e exercitar-se rotineiramente em um ambiente doméstico seguro é uma estratégia importante diante dessa época de pandemia, isso foi possível para 50% dos participantes deste estudo.

A pandemia do COVID-19, resultou em impactos diversos e desiguais para o indivíduo idoso, conforme estudo de Romero et al (2021), seja na saúde, renda e cuidados dos idosos brasileiros, com sérias consequências para os mesmos e suas famílias, embora menos perceptíveis em comparação com índice de mortalidade frente à pandemia. Este mesmo estudo mostra acentuada diferença entre homens e mulheres idosos quanto à composição domiciliar, condições socioeconômicas, renda familiar e inserção no mercado de trabalho, o que reforça que a desigualdade de gênero. O autor ressalta a necessidade de considerar que o perfil de saúde da população idosa brasileira a torna de alto risco à gravidade da COVID-19, já que a prevalência de doenças crônicas é alta.

Com relação a cronicidade, os prejuízos referentes a dor crônica nos indivíduos idosos, como demonstrado pelo instrumento *Whoqol-bref*, indica que relacionado a qualidade de vida o nos domínios psicológico foi o melhor avaliado e o mesmo envolve: Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos; e Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais, seguido pelo domínio ambiente, que se volta para: Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); e Transporte.

Tais resultados indicam que a percepção de saúde frente à qualidade de vida nesses domínios merece atenção especial. Além disso a dor quando relacionada ao domínio psicológico apresenta-se correlacionada com este aspecto, como se verifica a partir da correlação entre os domínios do *Whoqol-bref* e os instrumentos de Dor, os quais demonstraram dor moderada entre os participantes.

O aumento da intensidade da dor e prejuízos nos domínios Intimidade, Funcionamento dosensório e Morte e morrer do *Whoquol-old*, refletem também prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos idosos. A dor, apesar de moderada nestes idosos, pelas escalas EVA e GPM, impacta em prejuízos diversos. O idoso em seu lar, por uma necessidade imposta pelo Estado, se sente maisafetado nessas questões, impactado especialmente no que se refere ao relacionamento e convívio com as pessoas e consigo mesmo. Tal fato também se reflete no *Whoquol-old*, cujo aspecto mais afetado foi o domínio Intimidade, que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas.

Ressalta-se que esses domínios mais impactados do instrumento Whoqol-old se relacionam com a qualidade de vida da seguinte forma: “Funcionamento do Sensório”, avalia funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade vida de idosos; “Autonomia”, refere-se a independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; e “Morte e Morrer”, está relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer.

O Século XXI, que tem sido fonte de alusão ao aumento do envelhecimento populacional, foi também acometido por um problema que gerou preocupações para a garantia desse processo demográfico permanecer crescente, pois a doença de COVID-19, gerou risco para gerontocídio, ou seja, para morte de muitos indivíduos com idade igual ou superior aos 60 anos. Os riscos potenciais desse grupo frente a pandemia, e a necessidade de cuidados especiais a esse grupo etário requer atenção e é necessário para diminuir os riscos e impactos não só na qualidade de vida, mas também de mortes. O isolamento social foi e está ainda sendo necessário para a diminuição de contágio, mas que essas medidas precisam ser orientadas para que os danos de sintomas desagradáveis e incapacidades não sejam prejuízos para a saúde do indivíduo que envelhece.

Neste artigo, apresentam-se evidências do alto e desigual impacto da pandemia da COVID-19 na saúde das pessoas participantes, renda, cuidados, bem como impactos psicológicos, reflexo das medidas de distanciamento social e da solidão que muitas

As pessoas estão experimentando foi visivelmente percebido a partir dos resultados desse estudo. Podemos perceber piores qualidades de vida nesses idosos quando foi feita a correlação entre a qualidade de vida e dor, sendo a dor, por se relacionar diretamente com a Qualidade de Vida, um possível fator preditor para isso. Observa-se que a qualidade de vida geral ao se correlacionar negativamente com as escalas de dor, significa que a dor nos idosos leva à diminuição da qualidade de vida geral.

Este estudo mostrou que o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos, foi o que teve mais relação com a dor, significando que o mesmo aumenta à medida que aumenta a qualidade de vida. E, as preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer, são questões quando relacionadas a dor impactam na qualidade de vida de modo negativo, em uma relação inversamente proporcional, onde medida que essas questões estiverem menos ressaltadas a qualidade de vida será maior em pessoas idosas e com menos dor.

A falta de conhecimento sobre a realidade do idoso brasileiro, a escassez de recursos humanos com competência para assisti-lo e a grande variação nas taxas de envelhecimento populacional nas diferentes regiões brasileiras fazem com que a transposição das disposições dos direitos do idoso para o cotidiano da população seja um dos grandes desafios para os próximos anos e dependa do contexto regional a qual ele se insere (Alencar et al, 2010).

Os dados deste estudo contribuem para análises nesse sentido, e instiga novas investigações, demonstrando sua relevância e que a realidade do idoso brasileiro, além dos impactos normais da velhice, como funcionalidade diminuída e piores qualidades de vida, ainda são confrontadas com o mau acompanhamento da dor crônica, e suas intercorrências.

Considerações finais

Frente a essa problemática e à relevância do tema exposto, verificou-se de fato em 20 indivíduos idosos que os fatores que estiveram mais associados à dor crônica e qualidade de vida em tempos de pandemia do COVID-19 foram: psicológico, ambiente, intimidade, funcionamento do sensorio e morte e morrer. Considerando que a qualidade de vida envolve múltiplos aspectos da vida humana, percebeu-se que para essas pessoas participantes, diante da época de pandemia vivenciada, os maiores impactos foram nestes fatores, especialmente diante da intensificação da dor crônica sentida por

eles.

Da relação dor crônica e qualidade de vida houve correlação negativa com a qualidade de vida geral dos indivíduos idosos, e correlação positiva com o domínio funcionamento do sensório, e morte e morrer correlacionou-se negativamente com as escalas de dor, sendo a mais forte correlação apresentada. De modo geral, este estudo mostrou que quanto maior é a percepção de dor nos indivíduos idosos, pior é a percepção da qualidade de vida.

Em tempos de pandemia estes resultados corroboram com os impactos emocionais citados em outros estudos, e traz em si a necessidade de aprofundar estudos sobre essa temática da dor e qualidade de vida no indivíduo idoso também em épocas não pandêmicas a fim de comparar tais dados bem como a partir de análises mais aprofundadas propor mais assistência, atenção e cuidado a essas pessoas.

Os limites desse estudo se deram decorrente da própria época de pandemia, onde foi oportuno a entrevista com um grupo de idosos via plataformas online, o que otimizou o uso de novos procedimentos tecnológicos dentro do processo de metodologias científicas, mas que inviabilizou ao quantitativo maior de pessoas participantes.

Conclui-se que a saúde, o bem-estar físico, mental e social são direitos fundamentais do humano, sendo responsabilidade do Estado dar condições para sua prática, e responsabilidade dos indivíduos, da família, das empresas e da sociedade auxiliar nesse cuidado, quando se trata do idoso. Por meio desse estudo, o qual teve por base teórica a Psicologia da Saúde, foi possível repensar a realidade do indivíduo idoso a partir da análise dos instrumentos escolhidos, considerando que há a importância da continuidade dos estudos sobre a temática.

Referências

Alencar, M. S. S. et al. (2010). Percepções dos profissionais da saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3). 475-485. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/3ztgV4dXF9StTRJjwrJSDTq/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300013>.

Borges, K. N. G. et al. (2020). O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago"*. 6(3):e6000013. Recuperado de:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129415/o-impacto-da-pandemia-de-covid-19-em-individuos-com-doencas-cronicas.pdf>

Capela, C., et al. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, 16(3), 263-268. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ftp/a/nXBcCnMyfxrtmtY8zDBbCzM/?format=pdf>. ISSN 1809-2950.

Celich, K. L. S., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 12(3), 345-359. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/nLBrpbDjbCv68BVWMLCDjgg/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00004>

Dellaroza et al (2008). Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1); 36 – 41. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/d37LZLZ49k66xjWdjn7nG5v/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100018>.

Donatti, A. et al. (2019). Relação entre a intensidade de dor lombar crônica e limitações geradas com os sintomas depressivos. *BrJP*, 2(3), 247-254. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/vCNR45YC9qHR3cGYZ79Gx7k/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190044>

Ferretti, F. et al. (2018). Qualidade de vida de idosos com e sem dor crônica. *BrJP*, 1(2), 111-15. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/9TwwHvhrgX4sLzPT3yjRqTB/a/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>

Gomes, L. O. et al. (2020). Qualidade de vida de idosos antes e durante a pandemia da COVID-19 e expectativa na pós-pandemia. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(Número especial 28, "Covid-19 e Envelhecimento"), 9-28. ISSNprint 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP Disponível em <file:///C:/Users/FABIOLA/Desktop/50838-149727-1-SM.pdf>

IASP. (2019). *International Association for the Study of Pain*.

Marquez, J. O. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2),28-32. Disponível em:

http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200010. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>

Moraes, E. N. et al. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. saúde pública*. 50(81):1-9. Recuperado de: http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963-pt.pdf. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006963

Oliveira, W. K.; Duarte, E.; França, G. V. A.; Garcia, L. P. (2020). Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020044. Epub April 27. Recuperado de: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200002. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>

Raja SN et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. Sep 1;161(9):1976-1982. Recuperado de:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>. DOI:10.1097/j.pain.000000000000199

Romero, D. E. et al. (2021). Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. Saúde Pública* 37 (3) 31 Mar 2021. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/> <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k

Cepellos, V. M. (2021). Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Pensata Rev.adm.empres*. 61(2). Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFnzHKyBhqGPc4j/?lang=pt>
<https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208>.

Willemann, J. R. (2016). Análise da qualidade de vida em idosos com dor crônica. *Revista Gestão & Saúde*, v. 14 n. 2, p. 20 – 27. Recuperado de: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file6253806e7eea3069e786c667408342b2.pdf>. (ISSN 1984 – 8153).

5. ARTIGO 2 – PERCEPÇÃO DE DOR, VULNERABILIDADE E QUALIDADE DEVIDAEM INDIVÍDUOS IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Resumo: O objetivo deste estudo foi compreender as percepções sobre dor, vulnerabilidade e qualidade de vida em indivíduos idosos, bem como os impactos destas variáveis frente a uma época de pandemia de COVID-19. Participaram deste estudo 20 pessoas idosas de uma Universidade Aberta à Maturidade, aos quais responderam a um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, cujos dados foram avaliados pela Análise de Conteúdo de Bardin. Tais dados revelaram três categorias:

1) Envelhecimento, qualidade de vida e vulnerabilidade na pandemia; 2) Percepção da dor frente ao envelhecimento em época de pandemia: fatores físicos e psicossociais; 3) Enfrentamento da dor por pessoas idosas durante o isolamento social. Concluiu-se que da análise das falas dos participantes foram verificados os impactos diretos na qualidade de vida de pessoas idosas acometidas por dor crônica, além de vulnerabilidades citadas por eles, e interrelação da vulnerabilidade e presença de dor crônica com o processo de envelhecimento, sendo frequente, diante da época de pandemia de COVID-19, indivíduos idosos com dores mais intensas, associados com fatores subjetivos e físicos influenciados diretamente na percepção da dor e da qualidade de vida com impactos funcionais mas os mesmos se mostraram resilientes e com várias estratégias de enfrentamento como: redes sociais, atividades do lar, grupos de convívio, leitura, dentre outras estratégias.

Palavras-chave: dor crônica; envelhecimento; coronavírus.

Abstract: The objective of this study was to understand the perceptions about pain, vulnerability and quality of life in elderly individuals, as well as the impacts of these variables in the face of a COVID-19 pandemic. Twenty elderly people from an Open to Maturity University participated in this study, who answered a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview. It was an exploratory-descriptive study of a qualitative approach, whose data were evaluated by Bardin's Content Analysis. These data revealed three categories: 1) Aging, quality of life and vulnerability in pandemic; 2) Perception of pain in the face of aging in times of pandemic: physical and psychosocial factors; 3) Coping with pain by elderly people during social isolation. It was concluded that the analysis of the participants' speech verified the direct impacts on the quality of

life of elderly people affected by chronic pain, in addition to vulnerabilities cited by them, and the interrelationship of vulnerability and presence of chronic pain with the aging process, being frequent, before the COVID-19 pandemic, elderly individuals with more intense pain, associated with subjective and physical factors directly influenced in the perception of pain and quality of life with functional impacts, but they proved to be resilient and with several coping strategies such as: social networks, household activities, interaction groups, reading, among other strategies.

Keywords: chronic pain; aging; coronavirus.

Introdução

O envelhecimento consiste em um processo natural, amplo e multifacetado caracterizado por mudanças de cunho físico, psicológico e social. A drástica mudança que vem ocorrendo na demografia brasileira resultou em uma inversão da pirâmide etária decorrente do aumento do número de pessoas idosas, com aumento da expectativa de vida e redução da natalidade (Miranda, Mendes & Silva, 2016). Os avanços tecnológicos têm corroborado no campo da saúde de modo a proporcionar maior saúde dessas pessoas.

Junto ao aumento da população idosa, tem ocorrido também o aumento de prevalência de problemas crônicos de saúde e incapacidades associados, e, junto a isso, aumento das doenças associadas à dor. É comum que pessoas acometidas por dor estejam mais vulneráveis, ou seja, com capacidade de autodeterminação reduzida devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos, bem como sofram impactos negativos na qualidade de vida.

Distintas situações de vulnerabilidade podem ser particularizadas levando-se em o viés comportamental e racional, ancorado em relacionamentos intersubjetivos, relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social, e serviços de saúde. No âmbito da saúde, vulnerabilidade tem o propósito de trazer os elementos abstratos relacionados aos processos de envelhecimento e de adoecimento para planos mais concretos, específicos e multidimensionais, que se vincula a aspectos relacionais, à dependência e à confiança mútua que deve haver entre cuidador e pessoa cuidada. Assim, diferentemente dos estudos de risco, às investigações conduzidas na perspectiva teórica da vulnerabilidade expressam os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo, buscando a síntese dos três planos - individual, social e programático (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Nesse sentido, frente ao adoecimento e saúde, a dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional aversiva tipicamente causada por, ou semelhantemente causada por, uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é sempre uma experiência subjetiva, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2019).

Quando crônica, a dor geralmente está associada nas pessoas idosas com doenças musculoesqueléticas, como artrites e osteoporose. E, estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor. A mesma é frequente em 32% a 34% dos idosos ocasionada em aproximadamente 25%, aguda a 7% em crônica em 48% a 55% (Dellaroza et al, 2008).

Entende-se que a condição de dor, gera abalos emocionais inevitáveis, especialmente nas condições crônicas comuns na pessoa idosa, onde essa dor persiste e se apresenta como constante, intensa, desagradável e resulta de mudanças complexas na via nociceptiva. A dor crônica está associada a limitações funcionais em pessoas idosas, afetando negativamente a saúde dessa população (Ferretti et al, 2019).

A boa qualidade de vida auxilia a manutenção da autonomia do idoso, e, uma forma de quantificá-la é associá-la ao grau de autonomia que o idoso desempenha as suas funções no dia a dia, tornando-o independente dentro de um contexto social, econômico e cultural. Desse modo, a qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças (Cunha & Mayrink, 2011). Qualidade de vida é um conceito multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida, e a mesma, quando relacionada à saúde, é entendida como sendo a percepção de um indivíduo sobre sua própria condição de bem-estar nas esferas do trabalho, cultura e valores, incluindo seus objetivos, expectativas e interesses pessoais (Capela et al, 2009). Quando há diminuição na funcionalidade, ocorre o desenvolvimento da síndrome da fragilidade entre os idosos que são caracterizados pela presença de sinais e sintomas que demonstram a fragilidade nos domínios físico, psicológico e social. Ela acomete indivíduos com mais de 65 anos de idade que dependem de outras pessoas para realizar as atividades cotidianas. Além de impulsionar o risco de quedas, incapacidade, hospitalização e morte. Os idosos considerados frágeis tendem a apresentar doença crônica prévia e uso contínuo de medicações. Desse modo aqueles que apresentam dor crônica são mais vulneráveis a essa síndrome (Willemann, 2016).

Na velhice, a necessidade de vínculos sociais torna-se mais evidente. Muitas vezes, as respostas emocionais são de acordo com a demanda psíquica e a demanda psicossocial. O fortalecimento das capacidades cognitivas dos indivíduos através da educação, a motivação e as atividades relacionadas à saúde, além da formação e da manutenção de redes sociais de apoio são importantes para uma velhice bem-sucedida (Lima & Coelho, 2011).

A doença de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma infecção respiratória cujo espectro clínico é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave (Lima, 2020). Diante das recomendações de isolamento social atualmente impostas em vários países, incentivar a manutenção de uma rotina de vida fisicamente ativa por parte da população como uma medida preventiva para a saúde é fundamental durante esse período de enfrentamento contra a disseminação do vírus. Em um período de reclusão domiciliar a população tende a adotar uma rotina sedentária, o que favoreceria a um aumento no ganho de peso corporal e surgimento de comorbidades associadas a maior risco cardiovascular, como obesidade, aumento da pressão arterial, intolerância à glicose, bem como transtornos psicossociais como ansiedade e depressão. De fato, o comportamento sedentário, seja sentado, assistindo TV ou passando tempo em frente a dispositivos eletrônicos, foi associado a aumento do peso corporal em crianças, adolescentes, adultos e idosos e aumento marcante do risco de mortalidade cardiovascular. Por outro lado, o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade mostram-se reduzido em indivíduos com hábitos devida fisicamente ativos, como caminhadas de moderada intensidade (Ferreira et al, 2020).

Manter-se fisicamente ativo deve ser enfatizado ainda mais para indivíduos idosos, os quais comprovadamente apresentam mais comorbidades e maior risco cardiovascular, além de serem mais vulneráveis ao COVID-19. Populações com comorbidades cardiovasculares devem realizar atividades físicas diariamente, mantendo o tratamento farmacológico e respeitando suas eventuais limitações físicas e as recomendações de profissionais de saúde. A prática de exercícios físicos deve ser interrompida na presença de sintomas relacionados ao COVID-19 como febre, tosse seca e dispnéia, quando em repouso (Ferreira et al, 2020).

As incapacidades produzidas pelas condições de dor, aumentada durante a época de pandemia devido a inatividade do dia a dia das pessoas idosas, pode estar levando a impactos diretos na qualidade de vida dos mesmos, variando em intensidade de acordo com a presença ou ausência de dor e interferindo no desempenho e na autonomia, dificultando um envelhecimento ativo e causando independência funcional. No Brasil, as

doenças crônicas são prevalentes em 70% dos idosos e causam déficit na saúde de grande magnitude (Ferrettiet al, 2018).

Diante do exposto, e considerando a importância de tratar essa temática, este trabalho objetivou compreender as percepções sobre dor, vulnerabilidade e qualidade de vida em indivíduos idosos, bem como os impactos destas variáveis frente a uma época de pandemia de COVID-19.

Método

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. Realizado com 20 indivíduos idosos participantes da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA), da Universidade Estadual da Paraíba, situada no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. A amostra se deu de modo aleatório, sendo critério de inclusão ter idade igual ou superior a 60 anos e autorreferenciar dor crônica, sendo critério de exclusão pessoas que no ato da coleta estivessem se sentissem incomodados e decorrente das dores ou outra dificuldade que tivessem.

A média de participação na UAMA em Campina Grande/PB, está aproximadamente consolidada em 50 indivíduos matriculados por semestre. Os participantes, eram todos indivíduos idosos inscritos na UAMA, e que estavam em atividades *on line*, no período da coleta de dados que aconteceu entre os meses de março a maio de 2021. Foi feito contato inicial com a coordenação do UAMA/UEPB, após concordância com a pesquisa foi enviado, por meio de grupos de Whatsapp, convite para os alunos do programa e 20 indivíduos se mostraram interessados em participar do estudo.

Os participantes, em sua maioria tinham entre 60 a 69 anos (N=14) e, apenas seis tinham mais de 70 anos, sendo a maior parte mulheres (N=17) e apenas 3 homens participaram das entrevistas. Foram utilizados como instrumentos: questionário sociodemográfico, para ter acesso às informações individuais dos participantes identificando-os quanto a idade, sexo, escolaridade, renda entre outras questões a fim de caracterizar essa amostra, e um roteiro de entrevista com questões sobre dor, vulnerabilidade e qualidade de vida, construído com base no referencial teórico da pesquisa.

Os 20 participantes foram convidados, após *rapport* e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa, a responder uma entrevista semiestruturada com questões sobre: velhice, vulnerabilidade, dor e qualidade de vida. Os encontros eram feitos de modo virtual via Meet, com hora marcada de modo

individual. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra, sendo os dados analisados por meio da metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Após realizar uma pré-análise do material e leitura flutuante, gerando assim as impressões iniciais, o material foi organizado para categorização. As falas dos participantes submetidas à análise temática, após leitura meticulosa, foram categorizadas e quantificadas com relação às unidades de sentido retiradas das falas de acordo com as respostas apresentadas pelos participantes.

A realização das entrevistas possibilitou analisar o tema a partir da ótica dos participantes, portanto, de modo muito subjetivo e dentro a individualidade de cada um, o que demonstra a riqueza metodológica do instrumento, reconhecida como uma técnica de qualidade para coleta de dados qualitativos, em especial por possibilitar por meio da técnica a vivência de inter-relação, das experiências cotidianas e da linguagem do senso comum, a partir do contato direto do participante com o pesquisador (Batista, Matos & Nascimento, 2017).

Todos os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, sendo garantido o anonimato, sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

Este estudo, é parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo de Nº CAAE 36469220.5.0000.5187, e tendo todos só emitido o consentimento de pesquisa, após elucidação de todo o projeto. A pesquisa atendeu a resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Desse modo, foi possível elencar 03 categorias temáticas e 02 subcategorias, a partir das quais os resultados foram categorizados e apresentados de modo organizado dentro dessas categorias de acordo com as similitudes dos discursos dos participantes.

Resultados e Discussão

A partir da análise das entrevistas, emergiram três as categorias temáticas interrelacionadas que caracterizam a percepção dos participantes sobre a temática da dor, vulnerabilidade e qualidade de vida avaliada neste artigo. A primeira foi denominada: *Envelhecimento, qualidade de vida e vulnerabilidade na pandemia*; a segunda: *Percepção da dor frente ao envelhecimento em época de pandemia: fatores físicos e psicossociais*; e a terceira: *Enfrentamento da dor por pessoas idosas durante o isolamento social*. Dentre as quais, ressalta-se que a primeira categoria se desdobra em duas subcategorias: *Envelhecimento e qualidade de vida*; e *Envelhecimento e*

vulnerabilidades em saúde, sendo que as demais não tiveram divisões. Os eixos e subeixos temáticos formados podem ser observados na Quadro 01.

Quadro 1- Categorização temática da percepção de indivíduos idosos sobre dor crônica em tempos de pandemia de COVID-19, Campina Grande/PB

Temas e Subtemas
<p><i>Categoria 1</i> - Envelhecimento, qualidade de vida e vulnerabilidade na pandemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento e qualidade de vida • Envelhecimento e vulnerabilidades em saúde
<p><i>Categoria 2</i> - Percepção da dor frente ao envelhecimento em época de pandemia: fatores físicos e psicossociais</p>
<p><i>Categoria 3</i> - Enfrentamento da dor por pessoas idosas durante o isolamento social</p>

Categoria 1: Envelhecimento, qualidade de vida e vulnerabilidade na pandemia

Considerando o envelhecimento como um processo multideterminado, nessa categoria foram avaliadas todas as falas relacionadas as questões pautadas no processo envelhecer, na qualidade de vida, na presença de vulnerabilidade durante a época de pandemia. Trata-se de uma categoria voltada para a percepção geral sobre esses temas, de modo que pelas falas, a mesma foi dividida em duas subcategorias: Envelhecimento e Qualidade de Vida; e Envelhecimento e Vulnerabilidades em Saúde.

Subcategoria 1.1 – Envelhecimento e qualidade de vida

Nessa subcategoria, foram selecionadas as falas dos indivíduos idosos que versavam sobre envelhecer e qualidade de vida, numa perspectiva de que o envelhecer (velhice) seja um processo complexo e variável, no que diz respeito as expectativas de cada um indivíduo e que a qualidade de vida favorece o pensar numa boa velhice. Diante das similitudes das falas e, considerando qualidade de vida um construto de múltiplos significados, o envelhecer foi denotado por eles de modo muito individual e ao mesmo tempo foi valorizado entre os participantes, relacionando-o à saúde, conforme relatado nas seguintes falas:

A minha qualidade de vida tinha tudo para ser melhor, porque eu acho que você tem que cuidar mais tem que ter saúde tem que ter muita coisa, né? E eu tenho

tudo isso que pode me proporcionar uma vida melhor, uma alimentação mais saudável que também eu sou muita teimosinha, eu não tenho, entendeu, eu acho que falta muito isso. Tô me sentindo velha agora, mas tem dia que estou com 99 anos e tem dias que estou com 35, porque eu gosto de cantar eu gosto de dançar, eu danço é muito, sozinha (Idoso 11)

Promover saúde diante do envelhecer é um processo extremamente complexo e que exige cada vez mais novas estratégias de atenção por meio da inovação, tendo claro a dimensão cuidadora da saúde. Qualidade de vida, desse modo enquanto indicador da saúde requer a necessidade de planejamento de ações em saúde, pois pode indicar a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, assim como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, refletindo e respeitando a diversidade de cada região e visando a diminuição das assimetrias em saúde (Pohl et al, 2021).

Verificou-se que a qualidade de vida na sua multidimensionalidade e subjetividade, reflete as interações complexas entre a condição de saúde, física e mental, o nível de autonomia, as relações sociais, as crenças pessoais, e outros aspectos relevantes do ambiente social do indivíduo. Em uma dimensão dinâmica da vida do indivíduo, percebe-se que mesmo durante a pandemia, ocorreu uma tentativa de busca por satisfação, bem-estar, relações familiares, lazer, prazeres, espírito jovem e afetividade. Isso corrobora com a fala de outro indivíduo idoso que afirma:

Tenho vergonha do meu corpo, não gosto do meu corpo, machas cutâneas, nos seios, no tórax, não sei se é por conta da idade, do sol ou da cor da minha pele, mas amo viver e eu me amo apesar dos pesares, eu tenho saúde, força de vontade e determinação, me considero feliz. gosto de plantar árvores, gosto de cuidar velhice para mim praticamente eu se tratando de pessoas eu acredito que é aquela pessoa que envelhece, eu acredito que é aquela pessoa que pode ter 20 anos, pode ter 35, pode ter 70, se a pessoa não tem uma mente aberta, se se entrega também logo cedo eu acho que velhice para mim é isso, porque a pessoa é às vezes idosa mas tem um espírito jovem tem garra tem determinação, tem força de vontade tem uma alegria que onde chega contagia todo mundo, ai pode ter 90 anos mas se a pessoa se encaixa nesses adjetivos, eu não considero uma pessoa velha. às vezes a pessoa tem uma idade bem elevada mas tem um espírito jovem, é uma pessoa que não se entrega e tem qualidade de vida, é a pessoa ter

direito a lazer uma alimentação saudável, dormir bem, poder se alimentar bem de preferência alimentos saudáveis eu procuro fazer isso na medida do possível de acordo com minha condição financeira, refrigerante eu não tomo por causa da diabetes, é ter direito a lazer, se alimentar bem, mas éisso (Idoso 12).

A qualidade de vida auxilia na constatação de morbidades ou riscos, além de dificuldades para a saúde mental. Assim, investir em QV requer conhecer a percepção dos usuários, para que haja contribuições efetivas (Pohl et al, 2021). Histórico, social e cultural, no campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, envolve fatores objetivos e subjetivos. Os considerados objetivos referem-se sempre a situações como renda, emprego/desemprego, população abaixo da linha da pobreza, consumo alimentar, domicílios com disponibilidade de água limpa, tratamento adequado de esgoto e lixo e disponibilidade de energia elétrica, propriedade da terra e de domicílios, acesso a transporte, qualidade do ar, concentração de moradores por domicílio e outras. Os de natureza subjetiva respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida (Minayo, Hartz & Bus, 2000).

A relação qualidade de vida foi muito comparada com o termo saúde e envelhecimento, fato esse analisado na maioria das falas, onde os participantes trouxeram a velhice com suas limitações, porém ao mesmo lado, como um processo bastante positivo, devido a maturidade. Quem mesmo com as dificuldades marcadas pela pandemia de COVID-19, percebeu-se pelas falas tentativas de ressignificar suas rotinas, seus valores, e o modo de ver a velhice, conforme afirmamos participantes abaixo:

Só não tenho ânimo para fazer algumas atividades, como o pilates, apesar de estar confinada durante a pandemia, minha vida é muito boa. Minha qualidade de vida é muito boa apesar de tudo. Vou para a feira, vou para o mercado, pro banco, resolvo tudo da minha vida, minha vida não é ruim não é muito boa. Minha vida é maravilhosa (Idoso 03).

Velhice é só se você perder a vontade, os filhos querem controlar a gente, não deixam a gente sair para canto nenhum, tem essas limitações, mas eu não me acho velha, minha qualidade de vida é boa o controle depende de atividade física e alimentação (Idoso 09).

A velhice é uma experiência boa. Minha qualidade de vida é boa, gosto de fazer caminhadapela manhã, todos os dias e antes eu fazia academia. (Idoso 15).

Velhice para mim é uma coisa tão boa, eu sou velha, mas no meu aniversário sai dizendoa todo mundo eu pensei que estava fazendo 15 anos, para mim é um prazer... a gente vai se limitando vai exercitando algumas coisas, no dia que dá para mim fazer eu faço mas nodia que não dá eu não faço, e eu procuro ter uma qualidade de vida do jeito que dá olho para mim eme acho uma menina... para mim ter 65 é um prazer uma alegria (Idoso 17).

Dessa subcategoria, observou-se que envelhecer e a qualidade de vida, estão interrelacionados e trazem em si questões como: condições de saúde, dificuldades nas atividades vida diária, funcionalidade, doenças crônicas, vínculos sociais e familiares, participação em atividades sociais, satisfação, bem estar, condições de vida, dentre outras questões.

Subcategoria 1.2 – Envelhecimento e vulnerabilidades em saúde

Nessa categoria temática foram colocadas as falas dos participantes referentes a vulnerabilidade em saúde que quando relacionada ao processo de envelhecer foi relatada pelos participantes como fragilidade ou como algo que eles não entendiam, havendo certa dificuldade na compreensão do termo “vulnerável”. Tanto fragilidade como vulnerabilidade nesse ponto se mostram como conceitos similares entre os participantes.

A fragilidade que às vezes está associada com o envelhecimento é principalmente levada em conta através de normas de proteção ao consentimento ou de normas de proteção à pessoa e à sua integridade física e moral. É um estado clínico com múltiplas causas e fatores contributivos, caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica que pode ocasionar o desenvolvimento de dependência, declínio físico, cognitivo e social. Tem, portanto, aspectos multidimensionais, heterogêneos e instáveis que a tornam complexa quando recebe influências de fatores característicos da vulnerabilidade social, a qual é resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, enfrenta barreiras culturais e imposições violentas (Jesus et al, 2017).

A vulnerabilidade se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, sendo um

conceito adequado para a compreensão da dinâmica do processo de desigualdade social. Fatores sociais como morar em contextos de maior vulnerabilidade, possuir baixo nível de escolaridade, status socioeconômico e limitado acesso aos serviços públicos podem também contribuir com o aumentada vulnerabilidade (Jesus et al, 2017).

Dentre as falas percebe-se que algumas vezes no dia a dia essas pessoas se sentem de algum modo vulneráveis, em especial por problemas de saúde, ou dificuldades como: alimentação, saúde, recursos financeiros, medo, desânimo, falta de companheirismo e até descuidados. Conforme relatado pelos participantes onde afirmam: *“Vulnerável é a fragilidade, exposição diante do perigo e das necessidades. (Idoso 04); vulnerável é frágil, deficiência, as vezes me sinto vulnerável a dor quando está mal alimentado, sem repousar, quando não tem dinheiro aí chega a dor. (Idoso 08); “Tenho muito medo de ficar doente, eu procuro me prevenir evitar, não quero ficar em cima de uma cama dependendo de alguém pra cuidar de mim. Não estou velha, sou um pouco vulnerável. (Idoso 13)”*; ou mesmo pela perda de sentido de vida, decorrente da falta de apoio ou fragilização conforme afirma o participante abaixo:

Já senti como se minha vida não tivesse sentido, e não queria viver assim, se a pessoa ficar muito fragilizada e vulnerável ela cai, é preciso ser muito consciente, segura e aceitar... agente precisa também de apoio, de quem nos escute, ajude com palavras, contar o que sente, a idade vai avançando e vem os problemas de saúde e suas complicações, mas me acho muito resiliente tenho tentado das mais valor a mim e gostar mais de mim... me considero ansiosa, decidida e extrovertida, queria ser mais desligada das coisas, não me cobrar tanto e não me culpar. (Idoso 14)

Também foi relatado vulnerabilidade decorrente da própria pandemia, por estar em casa, inativos e limitados alguns relatam se sentir mais expostos a dor por exemplo como afirmam os seguintes participantes:

Nessa pandemia a pessoa fica mais vulnerável para a dor não sei nem que palavras usar, mas é quando se entrega, quanto mais você e se recolhe mais você fica doente, porque assim, eu sempre tive essas coisas, mas eu sempre tive minhas atividades, gosto de andar, gosto de conversar, sem falar que eu gosto de ir para a rua esperar a hora passar, ai de repente eu estou trancada em casa... (Idoso 11).

Vulnerabilidade senti no início da pandemia senti medo e desânimo sofro violências verbais e psicológicas por situações difíceis com meu esposo minha filha sepreocupa muitocom minha saúde (Idoso12).

Desde o início na pandemia de COVID-19, em 2020, pessoas idosas foram identificadas como pertencendo a um grupo de risco. A recomendação na maioria dos países foi de que mantivessem o máximo possível de isolamento, além de uso de máscaras e as medidas de higienização indicadas para todos. Alguns mantêm-se isolados desde então, sem ver ou abraçar seus entes queridos, se vivem sós. Os que residem em abrigos estão impossibilitados de encontrar com seus familiares. Muitos passaram a viver em um mundo sem abraços, de comemorações e compras online, por vezes tendo que lidar com redes sociais que não dominam. As dificuldades ainda se agravam para os que não têm condições financeiras estáveis. Os primeiros impactos que se pode pensar são devidos a ser considerado(a) pertencendo a grupos de risco e mais vulnerável. Sentimentos de medo, ansiedade, estresse e mesmo raiva podem ser esperados e precisam ser acolhidos. Além disso, as condições de isolamento trazem solidão e podem afetar o bem-estar e a saúde mental de idosos.

Embora os participantes tenham se mostrado apesar de tudo bastante resilientes frente a esse processo de pandemia, os impactos que acabaram por deixá-los mais vulneráveis se constatarem nas falas dos mesmos, e reflete a necessidade urgente de medidas protetoras para essas pessoas.

CATEGORIA 2 – Percepção da dor frente ao envelhecimento em época de pandemia: fatores físicos e psicossociais

Sobre a percepção da dor e o processo de envelhecimento frente à pandemia da COVID-19, foram relatadas dores recorrentes e relacionadas por eles com problemas crônicos, mas também com impactos de cunho físico e psicossociais, estando ambos interligados nos discursos. Esta categoria não teve subdivisões.

A dor física relatada por eles muitas vezes decorria de problemas como artrite, osteoporose, problemas de coluna, diabetes, fibromialgia, depressão, dentre outros, como se percebe nas seguintes falas:

Apresento dor crônica nas pernas, são intensas, fortes e dificultam minha

mobilidade na pandemia a inatividade física me deixou cheia de dores, não faço mais atividade física, só salvo algumas vezes, mas com o isolamento social, tudo ficou mais difícil e as dores aumentaram (Idoso 08).

Minha dor é diária recorrente e muscular, descobri que tenho artrose agora, aquelas coisas que aparecem depois de velha, eu vou no geriatra desde os 30 anos. Eu sinto mesmo que das dores eu tô bem melhor hoje depois que melhorei a minha cabeça e me conscientizei de um monte de coisa sobre a pandemia, que antes era um problema de saúde desconhecido e que gerou muito medo. (Idoso 11).

Tenho fibromialgia, me sinto diminuída devido as limitações disso. tem umas coisas que me limitam... sinto muitas dores nas costas, sinto frustração e inutilidade por isso, fico me achando uma pessoa inútil. Pequenas coisas que a gente quando fica limitado me che coma gente, eu não deixo de fazer, mas tenho minhas limitações (Idoso 14).

Dor é mais psicológica quanto tô mal aumenta, quando estou bem ela diminui aparecem após o acidente de carro, antes eu nem lembro se eu sentia dor, mas com o isolamento aumentaram porque parei as atividades física (Idoso 18).

Alguns relataram não sentir dor ou não ter alteração nas mesmas no período de pandemia, e se percebe pelos discursos que eram pessoas mais ativas em comparação com outros que relatam piora das dores e justificam justamente pela falta de exercícios, além dos comprometimentos da própria velhice segundo eles.

Procuro não parar, até porque preciso, se parar começa a surgir dor por todo o canto... Faço caminhada regularmente... sinto dor apenas quando vou deitar ou quando vou levantar, nas articulações... a dor se eu para quando eu sinto é moderada... (Idoso 01).

Tenho hipertensão, diabetes e problemas no joelho, teve uma época que ficou ruim de caminhar, mas fui acostumando a exercícios e agora em janeiro comecei a caminhar, mas sinto muita dor nas costas e os pés são muito inchados. Tenho hipertensão, diabetes, osteoporose e intestino preso, dor nos joelhos e nas costas (Idoso 02).

Sinto dores na coluna e no quadril, não tomo remédios para a dor, faço caminhada e não alterou no período de pandemia, não sinto dor frequente (Idoso 09).

CATEGORIA 3 - Enfrentamento da dor em tempos de pandemia

Esta categoria se configura pelos discursos em que foram relatadas as formas de enfrentamento da dor durante a pandemia pelos indivíduos idosos. Considerando que o próprio envelhecer envolve o aparecimento de problemas crônicos, e que pessoas idosas perfazem um dos grupos de risco para o coronavírus justamente pelas complicações advindas das características biológicas da idade avançada como também, por muitos serem portadores de doenças crônicas, fatores esses cruciais para o risco de morte, no discurso dos participantes, para enfrentar essa nova realidade imposta pela pandemia foram ressaltadas inúmeras estratégias, como: *“Filme, ler mais, refletir mais, respirar profundamente (Idoso 01); “Ocupações, WhatsApp, grupos de convívio (Idoso 02); “Não parava procurando o que fazer, cortar pano, costurar, ajudar com os dois sobrinhos pequenos (Idoso 06); “Pintura e redes sociais (Idoso 14); Ocupar das coisas de casa, rede social, netos (Idoso 18); “Cuidados, máscara, álcool gel (Idoso 20)”*.

De modo geral, a imunossenescência e doenças crônicas fazem com que o quadro de quem contrai o vírus se agrave. E isso refletiu muito na realidade dos participantes, percebe-se pelos discursos que estavam de fato em casa tentando se proteger do vírus, se ocupando das atividades do lar, família, redes sociais e alguns desenvolveram habilidades para pintura, costura, leitura, dentre outras. Bastante resilientes, esses idosos em sua maioria resignificaram suas vidas, e com bastante positividade se mostravam confiantes em passar esse momento e voltar a uma vida mais próxima das pessoas em especial de seus entes queridos.

A dor apesar de limitar e interferir em algumas atividades e estar aumentada em alguns deles durante a pandemia, não foi considerada limitante para que seguissem suas vidas e enfrentassem as dificuldades diárias, as vezes apesar dela eles relatavam levantar e seguir o seu dia, e ressaltavam a importância de fazer tudo dentro das suas limitações conforme se pode ver na fala:

“Faço pinturas e redes sociais. As notícias do COVID sempre me deixam apavorada... minhas dores pioraram, eu sinto dores após caminhar na rua, andando um pouco já começam os incômodos do corpo, fico tentando aceitar,

tomar consciência dela, mas sei que ela faz parte de mim... (Idoso 14).

Considerações finais

O estudo em questão possibilitou apreender a concepção da qualidade de vida e vulnerabilidade a partir do olhar do indivíduo idoso, muito dos quais acometidos por dor crônica, relataram relação direta da mesma com o processo de envelhecimento, vulnerabilidades diversas e uma qualidade de vida diretamente impactada pela condição de dor que por vezes enfrentavam e também pela própria pandemia do COVID-19.

Percebe-se que essa nova realidade imposta aos indivíduos idosos, de terem que ficarem casa, distantes de contato social e até mesmo de cuidados por parte dos profissionais de saúde, levou os mesmos a resignificar suas rotinas e apesar dos desafios, se mostraram confiantes e dispostos a estar bem e melhorar suas vidas, percebendo suas limitações não como empecilho, mas como um novo modo de viver, assim como essa nova realidade. Em sua maioria mulheres, os relatos comprovam os impactos negativos da dor crônica no envelhecer e também a falta de informação sobre cuidados e vulnerabilidades frente a isso.

Os enfrentamentos com base em suporte social, familiar e assistencial em saúde, mesmo que de modo virtual com essas pessoas foi um grande diferencial relatado por eles. Grupos de apoio, como foi o caso do UAMA da UEPB, ao qual todos eram participantes consistia em uma grande rede de apoio assistencial e motivador. Isso demonstra a importância do suporte social especialmente nesse novo momento em que o isolamento social não significa falta de assistencialismo por parte dos profissionais de saúde.

No decorrer das entrevistas, muito se encontravam emocionados e ao fim das mesmas se percebia bastante alívio e felicidades dos participantes por terem se sentido acolhidos, ouvidos e terem um momento para compartilhar suas dores, aflições, medos e conquistas também desse novo modo de vida. Alguns desenvolveram habilidades distintas como pintura, experiência com redessociais, leitura, etc. Aspectos emocionais e físicos estavam entrelaçados em todo discurso de leitura deste estudo instiga que sejam realizadas novas entrevistas com essas pessoas em épocas não pandêmicas, bem como com idosos não participantes de grupos de convívio.

As demandas individuais de cada participante sobre suas dores, vulnerabilidades e qualidades de vida, faz muito pensar sobre a relação saúde/doença preconizado pela

Psicologia da Saúde e suas contribuições, a fim de ocorrerem intervenções cada vez mais assertivas pelos profissionais da saúde para com essas pessoas.

Referências

Batista, E. C. & Matos, L. A. L. (2017). A entrevista como técnica de investigação da pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinas Científica e Aplicada*, Blumenau, 11 (13), 23-38, ISSN1980-7031. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/331008193_a_entrevista_como_tecnica_de_investigacao_na_pesquisa_qualitativa

Capela, C., et al. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, 16(3), 263-268. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/fp/a/nXBcCnMyfxrtmtY8zDBbCzM/?format=pdf>. ISSN 1809-2950.

Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor*. São Paulo, abr-jun;12(2):120-4. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/bxp9vNjv8LmCJGwssNC7xhF/?format=pdf>.

Dellaroza et al (2008). Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1); 36 – 41. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/d37LZLZ49k66xjWdjin7nG5v/abstract/?lang=pt>.

<https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100018>.

Ferreira et al. (2020). Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. *Arq. Bras. Cardiol.* 114 (4), Abr. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abc/a/9kVQrK5VcGsXzg3xLhyWTNL/?format=pdf&lang=pt>.

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200235>

Ferretti, F. et al. (2018). Qualidade de vida de idosos com e sem dor crônica. *BrJP*, 1(2), 111-115. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/9TwwHvhrgX4sLzPT3yjRqTB/abstract/?lang=pt>.

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>

IASP. (2019). *International Association for the Study of Pain*.

Jesus, I. T.; Orlandi, A. A.; Grazziano, E. S. & Zazzetta, M. S. (2017). Fragilidade de idoso em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm.* 30(6):614-20.

Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/SSwxqdQ5WS>

[hQRCKHV3Q4nSg/DOI:https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088](https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088)

Lima, C. M. A. O. (2020). Informações sobre o novo coronavírus (COVID 19). *Radiol Bras.* 53(2), Mar-Apr. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rb/a/MsJJz6qXfjpkXg6qVj4Hfj/?lang=pt>.

DOI:

<https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>

Lima, P. M. R. & Coelho, V. L. D. (2011). A Arte de Envelhecer: Um Estudo Exploratório Sobre a História de Vida e o Envelhecimento. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2011, 31 (1), 4-19. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/4FVqZ9xgvQJGrDnVLsx4yTJ/?lang=pt&format=pdf>.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100002>

Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A. and Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Cien Saude Coletiva*, 5, 7-18. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

Miranda, G. M. D.; Mendes, A. C. G. & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016;19(3):507-519. Disponível em:

Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?lang=en>.

<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

Oviedo, R. A. M. & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface*, Botucatu, n. 53, p. 237-250, 2015.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258081/mod_resource/content/1/Oviedo%20RAM%20Czeresnia%20D%20O%20conceito%20de%20vulnerabilidade%20social.pdf.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0436

Paranhos, D. G. A. M.; Albuquerque, A. & Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 932-942. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/znXjdWfwfmpY7RSr5hzYYTK/abstract/?lang=pt>

. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170187>

Pohl, H. H. et al. (2021). Qualidade de vida: impactos de um programa de promoção da saúde do setor de saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 2):3599-3607.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c9CZVcFCrtLmZQvnpXYhJqf/>.

DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.20552019

Willemann, J. R. (2016). Análise da qualidade de vida em idosos com dor crônica. *Revista Gestão & Saúde*, v. 14 n. 2, p. 20 – 27. Recuperado de:

<https://www.herrero.com.br/files/revista/file6253806e7eea3069e786c667408342b2.pdf>.

(ISSN 1984 – 8153).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se agrega com a área Psicologia da Saúde, por envolver aspectos referentes à saúde mental, pensando saúde não como ausência de doença, mas como um modelo biopsicossocial integrador a fim de prevenção das doenças e promoção da saúde geral da população. A partir desse ponto, percebe-se que este trabalho permitiu a compreensão da Psicologia da Saúde como ampla e autônoma a partir de reflexões sobre práticas de saúde por parte dos Psicólogos e de demais profissionais da saúde, considerando que o público avaliado no mesmo consistia em indivíduos idosos.

Com esse amplo olhar foi possível discorrer sobre o processo de envelhecimento, dor crônica, qualidade de vida e vulnerabilidade em pessoas idosas, de forma abrangente e tendo como ponto principal a subjetividade de cada participante da pesquisa, com todo cuidado ético necessário e preconizado para pesquisa com seres humanos. Apesar das dificuldades enfrentadas por ser uma época de pandemia em que o contato físico com as pessoas idosas ficou inviável, sendo este trabalho realizado remotamente via plataformas digitais, o mesmo foi extremamente eficaz e conseguiu atingir seus objetivos.

Os dois artigos apresentados, a fim de avaliar no primeiro a qualidade de vida e o envelhecimento e dor na época da pandemia, e o segundo voltado para percepção dos participantes sobre dor, vulnerabilidade e enfrentamento da dor na pandemia, findou em assuntos que instigam estudos posteriores e um olhar mais atento para o indivíduo idoso.

De modo geral se conclui que os participantes se encontravam com dores aumentadas na pandemia, com qualidades de vida diretamente afetadas por isso, com algumas vulnerabilidades, dificuldades funcionais diante de dores crônicas, e psicologicamente atingidos por todo esse conjunto e o processo de envelhecimento, muitos relatando a dificuldade de apoio e cuidado pela família, sociedade e profissionais de saúde.

O perfil dos participantes desse estudo, em sua maioria mulheres, aposentadas, porém provedoras do sustento de suas famílias, demonstra a necessidade de olhar para essas pessoas como ativas e cheias de energia, ao invés de pensar esse indivíduo idoso como um ser fragilizado. Os participantes, eram bastante resilientes e ressignificaram suas rotinas dentro de casa alguns até vendo bastante positividade relatando aproximação familiar coisa que antes não era tão frequente. Dedicados a suas casas, à suas famílias e a si mesmo, todos eram participantes do UAMA da UEPB, e, em sua grande maioria pessoas bem positivas e alegres, alguns choraram do decorrer das entrevistas, porém se erguiam após o desabafo e agradeciam o espaço proporcionado para falar

sobre algo que para eles era tão difícil: o estar em casa, presos e distantes fisicamente de todos que amavam, conforme relato deles mesmo.

Os questionários escolhidos para avaliar os participantes: Whoqol-bref, Whoqol-old, EVA, GPM, IVCF-20, sociodemográfico e entrevista semiestruturada, se mostraram fundamentais no estudo, possibilitando a compressão de múltiplos aspectos da vida dessas pessoas.

Os instrumentos de qualidade e vida, demonstraram relação direta com a dor, corroborando com estudos já existentes, com maiores médias nos domínios: psicológico, ambiente, intimidade, funcionamento do sensório e morte e morrer, e correlação negativa entre qualidade de vida com as escalas EVA e GPM. Este estudo, demonstrado pelo artigo em questão identificou que na medida em que aumenta a dor na pessoa idosa ocorre diminuição na qualidade de vida geral dessas pessoas.

Já o estudo qualitativo, abrange uma interrelação da vulnerabilidade e presença de dor crônica com o processo de envelhecimento. Percebe-se fatores físicos e subjetivos influenciando na percepção da dor e qualidade de vida dos participantes, porém as muitas estratégias durante a pandemia.

O processo de envelhecimento demanda uma mudança e adaptação. Na pandemia isso se percebe com mais intensidade, conforme percebido nesse estudo. A partir dos indivíduos participantes, que apesar do estresse inicial gerado pelo isolamento na vida e rotina dos mesmos, bem como a perda de liberdade e o fato de não poder sequer abraçar um familiar, vê-se claramente que foi um momento superado por criação de uma nova rotina em casa, inserção social e desenvolvimento de habilidades diversas.

Acredita-se que frente a isso, os profissionais e serviços de apoio a essas pessoas, demandem estar se atualizando também nesse sentido a fim de ressignificar esse cuidado prestado assim como essas pessoas ressignificaram suas vidas. Instiga-se, desse modo, que sejam, a partir deste estudo, realizadas novas pesquisas em épocas não pandêmicas e com idosos não participantes de grupos de convívio, a fim de comparar resultados e traçar novas estratégias para com o cuidado e atenção prestada pelos profissionais e serviços de saúde a essas pessoas institucionalizadas ou não.

REFERÊNCIAS

- Alves, RF. (2011). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande:EDUEPB. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hCT5bVhkXN8Q7kk3Tc9w8gb/abstract/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Araujo, L. G. et al. (2010). Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 14, n. 5, p. 438-445. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/7pBhwzNjNpqNynzmZpf6WND/?format=pdf&lang=pt>. ISSN 1413-3555.
- Ashmawi, H. A. (2015). Dor no idoso. *Revista Dor*, 16(3), 161. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/YczGmLRGsFfQDmFfWYrzR9y/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150031>.
- Baltes, P. B. (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline*. *Developmental Psychology*, v. 23, n. 5, p.611-625.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences* (pp.1-34). Cambridge:Cambridge University Press.
- Barbosa, K. L. F., et al (2017). Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2), e2700015. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/jkk7vzNKhJX6BrfGHkDXc8K/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>
- Belasco, A. G. S.; Okuno, M. F. P. (2019). Realidade e desafios para o envelhecimento. *Rev.Bras.Enferm.*, Brasília, 72 (2), 1-2. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YyPr9QcL5bn3p6TGVGCBzvM/?lang=pt>.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>

Brasil. (2006). Ministério de Saúde. *Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Caldas, C. P. et al. (2013). Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, 18(12), 3495-3506. Recuperado de: <https://scielosp.org/article/csc/2013.v18n12/3495-3506/pt/>.

Capela, C., et al. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, 16(3), 263-268. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/fp/a/nXBcCnMyfxrtmtY8zDBbCzM/?format=pdf>. ISSN1809- 2950.

Celich, K. L. S., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 12(3), 345-359. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/nLBrpbDjbCv68BVWMLCDjig/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00004>

Cezeresnia, D. M. & Organizadores (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de: <http://books.scielo.org/id/m9xn5>. DOI: <https://doi.org/10.7476/978857541353>

Cid, D. P. T. et al. (2019). Elos entre a psicologia e o trabalho humanizado na saúde: compreensão, formação e práticas. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, 40 (1), 5-24, jan./jun. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432019000100002. DOI: 10.5433/1679-0383.2019v40n1p5

Cunha, L. L. Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12 (2), 120-124. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/bxp9vNJv8LmCJGwssNC7xhF/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200008>

Dellaroza et al (2008). Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1); 36 – 41. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/d37LZLZ49k66xjWdjn7nG5v/abstract/?lang=pt>. <http://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100018>.

Donatti, A. et al. (2019). Relação entre a intensidade de dor lombar crônica e limitações geradas com os sintomas depressivos. *BrJP*, 2(3), 247-254. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/vCNR45YC9qHR3cGYZ79Gx7k/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190044>

Ferreira, M. J., et al (2020). Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114(4), 601-602. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/abc/a/9kVQrK5VcGsXzg3xLhyWTNL/?lang=pt>. <https://doi.org/10.36660/abc.20200235>.

Ferretti F, Silva MR, Pegoraro F, Baldo JE, Sá CA. (2020). Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. *BrJP* [Internet]. Março,2(1):3- 7. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000100003&lng=en. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190002>.

Ferretti, F., Castanha, A. C., Padoan, E. R., Lutinski, J., & Silva, M. R. (2018). Qualidade de vida de idosos com e sem dor crônica. *BrJP*, 1(2), 111-115. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/9TwwHvhrgX4sLzPT3yjRqTB/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>

IASP. (2019). *International Association for the Study of Pain*.

Ibge. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Nóbrega, I. R. A. P.; Leal, M. C. C.; Marques, A. P. O.; Vieira, J. C. M. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde e debate*, Rio de Janeiro, abr-jun, v. 39, n. 105, p.536-550. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gfFFTzQKvvCLzr3SWHCXJ6C/>. DOI: 10.1590/0103-110420151050002020. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gfFFTzQKvvCLzr3SWHCXJ6C/>.

<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>

Lima, C. M. A. O. (2020). Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). *Radiologia Brasileira*, 53(2), 5-6. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rb/a/MsJJz6qXfjpkXg6qVj4Hfj/>. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>

Medeiros, F. A. L., Nóbrega, M. M. L., Medeiros, A. C. T., Bittencourt, G. K. G. D., & Leite, G. A. (2015). Contextualização do envelhecimento saudável na produção científica brasileira. *Rev enferm UFPE on line.*, 9(2), 985-93. Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10424>. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i2a10424p985-993-2015>.

Mendes, J. L. V. et al. (2018). O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. *Rev. Educ. Meio Amb. Saú.*, Jan/mar. v. 8, n. 1, p. 13-26. Recuperado de: <https://1library.org/document/y9rl1nry-o-aumento-da-populacao-idosa-no-brasil-e-o-envelhecimento-nas-ultimas-decadas-uma-revisao-da-literatura.html>.

Mendes, M.R. R. B.; Gusmão, J. L.; Faro, A. C. M. (2005). A situação social do idosos no Brasil: uma breve consideração (2005). *Artigo de periódico*. Título do periódico: Acta Paulista de Enfermagem. ISSN: 0103-2100 Volume/Número/Paginação/Ano: v. 18, n. 4, p. 422-6, out./dez. Recuperado de: <https://repositorio.usp.br/item/001486390>. DOI: [10.1590/s0103-21002005000400011](https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000400011)

Moraes, E. N. et al. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. saúde pública*. 50(81):1-9. Recuperado de: http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963-pt.pdf. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006963

Oliveira, L. D. (2020). Espaço e Economia: Novos Caminhos, Novas Tensões. *Espaço e Economia*, 1(17), 1-13. Recuperado de: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/93>. DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.93>

Oliveira, W. K.; Duarte, E.; França, G. V. A.; Garcia, L. P. (2020). Como o Brasil pode detera

COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020044. Epub April 27. Recuperado de: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200002. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>

Paranhos, D. G. A. M.; Albuquerque, A.; Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 932-942. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/znXjdWfwfmpY7RSr5hzYYTK/abstract/?lang=pt>.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170187>

Reis-Filho, J. A.; Quinto, D. (2020). COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. *SciELO Preprints*, 1–26.

Recuperado de: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/54/version/58>.

<https://orcid.org/0000-0001-6942-1290>.

Rodrigues, O. R.; Neri, A. L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, agosto, 17 (8). Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hXdPHHxLVdyNz3SGqZrJxNC/?format=pdf>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>

Santos, S.S.C. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev. bras. Enferm*, dezembro, 63(6): 1035-1039.

Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9H43x4GWRnd8sJXHYPW6b8x/>.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>.

Santos, F. C., Moraes, N. S. P., Pastore, A., & Cendoroglo, M. S. (2015). Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com níveis séricos de vitamina D. *Revista Dor*, 16(3), 171-175. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/D4VRqHkv5Y5mB9rw8hNtDHZ/?lang=pt>.

<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150034>

Santos, N. F., & Silva, M. R. F. (2013). As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista FSA*, 10(2), 358-371. Recuperado de <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/97>.

<http://dx.doi.org/10.12819/2013.10.2.20>.

Santos, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035- 1039, 2010. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/D4VRqHkv5Y5mB9rw8hNtDHZ/?lang=pt>. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150034>

Schumacher, A.A., Puttini, R. F., & Nojimoto, T. (2013). Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde em Debate*, 37(97), 281-

293. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2013.v37n97/281-293/>.

Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 647-655.

Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HphbDX8GSnBHpgyVm7D9tyG/?format=pdf>.

Sousa, N. F. S., et al (2019). Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22(2). E190013.SUPL.2. Epub October 07. Recuperado de: <https://scielosp.org/article/rbepid/2019.v22suppl2/E190013.SUPL.2/>.

<https://doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.2>

Veras, R. P., Caldas, C. P., & Cordeiro, H. A. (2013). Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1189- 1213.

Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PNKYtHHSFWKvHpvnk7XmRf/>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009> .

Veras, R. P.; Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 89-101. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/snwTVYw5HkZyVc3MBmp3vdc/>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

Willemann, J. R. (2016). Análise da qualidade de vida em idosos com dor crônica. *Revista Gestão & Saúde*, 14 (2) 20 – 27. Recuperado de:

<https://www.herrero.com.br/files/revista/file6253806e7eea3069e786c667408342b2.p df>. (ISSN 1984 – 8153).

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **“Dor crônica em pessoas idosas: análise sobre a vulnerabilidade em saúde e promoção da qualidade de vida”**, desenvolvida por Élyman Patrícia da Silva Freitas, Psicóloga (CRP 13/8682), e mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Fabíola de Araújo Leite Medeiros (coordenadora da pesquisa).

Declaro ser esclarecido(a) e estar de acordo com os objetivos da pesquisa que são:

- Analisar a vulnerabilidade clínico funcional e a qualidade de vida entre pessoas idosas ativas com algum padrão de dor, participantes da Universidade Aberta a Maturidade (UAMA/UEPB).
- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas idosas que apresentam alguma dor crônica e frequente a UAMA/UEPB;
- Identificar o tipo de dor crônica presente entre os participantes;
- Verificar a qualidade de vida referida pelos participantes do estudo;
- Identificar os determinantes físicos e psicossociais que determinam a vulnerabilidade em saúde e sua relação com a dor;
- Listar as estratégias de enfrentamento da dor e o envolvimento com a participação no grupo de convívio da UAMA/UEPB;
- Verificar o comprometimento da dor entre os idosos durante a pandemia do Covid-19.

Consciente que o mesmo tem justificativa baseada no aumento das doenças crônicas frente ao processo de envelhecimento, tendo por base a necessidade de cuidado à pessoa idosa visando promoção da saúde e qualidade de vida dos mesmos. Tal pesquisa visa instigar mais estudos a partir dos instrumentos escolhidos pelo pesquisador, a fim de, sob a perspectiva dos participantes, auxiliar em questões que motivem a educação quanto a saúde da pessoa idosa bem como a manutenção da mesma, considerando, portanto, que serão incluídos neste estudo indivíduos com idade igual ou superior aos 60 anos que por voluntariedade quiserem participar do estudo.

Como participante, contribuirei com a pesquisa supracitada, de maneira voluntária podendo desistir a qualquer momento não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mim. A pesquisa será realizada tendo por múltiplos métodos, utilizando-se os seguintes instrumentos de pesquisa: Questionário Sociodemográfico e de saúde; Roteiro de entrevista semiestruturada; Mini Exame do Estado Mental; Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20; Mensuração da dor geriátrica; Escala Analógica de dor; *WHOQOL-bref*; *WHOQOL-old*. Os dados serão analisados por meio de estatística e análise do conteúdo. Serão resguardados o anonimato e o sigilo do processo avaliativo, sendo apresentado apenas para o participante voluntário que desejar.

O pesquisador responsável garante que o desenvolvimento da pesquisa acontecerá de forma confidencial, garantindo o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a minha privacidade como participante. O mesmo afirma que a participação nessa pesquisa não gerará ônus financeiro como participante voluntário deste projeto científico. O pesquisador ainda acrescenta que se acaso, em algum momento da pesquisa, eu queira desistir não dar continuidade a seu prosseguimento, poderei fazê-lo sem prejuízos. E como toda pesquisa pode gerar

danos, nem que sejam mínimos, a mim ficam registrados direitos a reclamações e possíveis indenizações, caso haja de fato, haja registros de danos durante sua execução.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, como participante, poderei contatar com a equipe científica no número (83) 3315.3312 e falar diretamente com a pesquisadora responsável, *Fabíola de Araújo Leite Medeiros* ou ter suas dúvidas esclarecidas e liberdade de conversar com a acadêmica *Élyman Patrícia da Silva Freitas*, telefone (83)99962.6278, e ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, telefone (83) 3315.3373, situado a Avenida Baraúnas, 351, Bodocongó, CEP 58.109-753, Campina Grande, PB.

Estou ciente de minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento livre e esclarecido sobre todos os procedimentos envolvidos por ela, lidos e explicados até minha decisão em participar. Sendo assim, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Campina Grande, Paraíba, __/__/____.



Impressão Dactiloscópica

Participante da Pesquisa

Pesquisador responsável

APÊNDICE B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “DOR CRÔNICA EM PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE SOBRE A VULNERABILIDADE EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Élyman Patrícia da Silva Freitas realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação posteriormente;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, e após esse período, serão destruídos;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, Paraíba, ____/____/____.



Participante da Pesquisa

Pesquisador responsável

APÊNDICE C
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

A sua colaboração é muito importante para o nosso estudo científico. Não é necessário que você se identifique. Deste modo, garantimos que o anonimato e a confidencialidade de suas respostas serão resguardados.

01. Idade: ____ anos.
02. Sexo:
 Masculino Feminino.
03. Cor/raça:
 branca preta amarela parda indígena.
04. Naturalidade: _____ Cidade em que reside: _____
05. Estado Civil:
 casado solteiro união estável divorciado Outro.
06. Religião:
 Católica Protestante Espírita Outra. _____
07. Profissão: _____
08. Escolaridade:
 Analfabeto Fundamental Ensino Médio Superior.
09. Renda familiar: _____.
10. Mora com quantas pessoas? _____
11. Com quem mora?
 sozinho filhos outros parentes nenhuma das opções
12. Como você se relaciona com seus familiares? bem razoável mal
13. Qual sua principal forma de acesso a serviços de saúde:
 Rede pública Possuo plano de saúde. Faço consultas/exames particulares. Outro. _____
12. Com que frequência utiliza serviços de saúde:
 Semanal Mensal Semestral
Anual Outro. _____
13. Teve sintomas de COVID-19: sim não
14. Possui doença crônica: sim não
15. Durante a quarentena como estavam as dores:
 mais intensas não houve alteração menos intensas

APÊNDICE D
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questões norteadoras:

1) Para você o que é velhice?

2) Para você o que é estar vulnerável?

3) Como você percebe e/ou caracterizaria sua dor?

4) O que você entende como qualidade de vida?

5) Que situações para você uma pessoa estaria mais vulnerável à dor?

6) Como você percebeu suas dores durante o isolamento social frente ao COVID-19?

Anotações:

ANEXOS

ANEXO A
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL
(IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
<i>www.ivcf-20.com.br</i>			
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.</p> <p>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>		Pontuação	
IDADE	<p>1. Qual é a sua idade?</p> <p><input type="checkbox"/> 60 a 74 anos⁰</p> <p><input type="checkbox"/> 75 a 84 anos¹</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 85 anos²</p>		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	<p>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa⁰</p> <p><input type="checkbox"/> Regular ou ruim¹</p>		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	<p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p>	Máximo 4 pts
	<p><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p>	<p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p>	
		<p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p>	
	AVD Básica	<p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim⁰ <input type="checkbox"/> Não</p>	
COGNICÃO	<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p>		
	<p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p>		
	<p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>		
HUMOR	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>		
	<p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>		

MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ()Sim ¹ ()Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ()Sim ¹ ()Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ()Sim ² ()Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ()Sim ² ()Não		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ()Sim ² ()Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ()Sim ² ()Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ()Sim ² ()Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). ()Sim ⁴ ()Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

ANEXO B
ESCALA DE MENSURAÇÃO GERIÁTICA
(GPM - GERIATRICPAIN MENSURE)

Por favor responda cada pergunta marcando-a:

Por favor responda cada pergunta marcando-a:	Resposta:	Nota
1. Você tem ou acha que teria dor com atividades intensas, como correr, levantar objetos ou participar de atividades que exigem esforço físico?	() não () sim	
2. Você tem ou acha que teria dor com atividades, como mudar uma mesa pesada de lugar, usar um aspirador de pó, fazer caminhadas ou jogar bola?	() não () sim	
3. Você tem ou acha que teria dor quando levanta ou carrega sacolas de compras?	() não () sim	
4. Você tem ou acha que teria dor se subisse um andar de escada?	() não () sim	
5. Você tem ou acha que teria dor se subisse apenas alguns degraus de uma escada?	() não () sim	
6. Você tem ou acha que teria dor se andasse mais de um quarteirão?	() não () sim	
7. Você tem ou acha que teria dor se andasse um quarteirão ou menos?	() não () sim	
8. Você tem ou acha que teria dor quando toma banho ou se veste?	() não () sim	
9. Você já deixou de trabalhar ou fazer atividades por causa da dor?	() não () sim	
10. Você já deixou de fazer algo que gostava por causa da dor?	() não () sim	

11. Você tem diminuído o tipo de trabalho ou outras atividades que faz por causa da dor?	() não () sim	
12. O trabalho ou suas atividades já exigiram muito esforço por causa da dor?	() não () sim	
13. Você tem problema para dormir por causa da dor?	() não () sim	
14. A dor impede que você participe de atividades religiosas?	() não () sim	
15. A dor impede que você participe de qualquer outra atividade social ou recreativa (além de serviços religiosos)?	() não () sim	
16. A dor impede ou impediria você de viajar ou usar transportes comuns?	() não () sim	
17. A dor faz você sentir fadiga ou cansaço?	() não () sim	
18. Você depende de alguém para te ajudar por causa da dor?	() não () sim	

19. Na escala de 0 a 10 com 0 significando sem dor e 10 significando a pior dor que você pode imaginar, como está sua dor hoje?	(0-10)	
20. Nos últimos dias, em uma escala de 0 a 10, com 0 significando dor nenhuma e 10 significando a pior dor que você consegue imaginar, indique o quanto, em média, sua dor tem sido severa?	(0-10) _____	
21. Você tem dor que nunca some por completo?	() não () sim	
22. Você tem dor todos os dias?	() não () sim	
23. Você tem dor várias vezes por semana?	() não () sim	
24. Durante os últimos sete dias, a dor fez você se sentir fraco ou depressivo?	() não () sim	

PONTUAÇÃO - Dê um ponto para cada resposta "sim" e some as respostas numéricas

PONTUAÇÃO TOTAL (0 - 24) _____

Pontuação ajustada (pontuação total x 2,38) (0-100)

ANEXO C ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Informar a intensidade da dor conforme ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



ANEXO D
WHOQOL - BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre Quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre Quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

