Marcia Carla Morete Pinto

**Resiliência, depressão, qualidade de vida,
capacidade funcional e religiosidade em idosos
com dor crônica**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Anestesiologia

Orientador: Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**SÃO PAULO
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinto, Marcia Carla Morete

Resiliência, depressão, qualidade de vida,
capacidade funcional e religiosidade em idosos com
dor crônica / Marcia Carla Morete Pinto. -- São
Paulo, 2018.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Anestesiologia.

Orientador: Hazem Adel Ashmawi.

Descritores: 1.Dor crônica 2.Idoso
3.Resiliência psicológica 4.Depressão 5.Qualidade
de vida 6.Religiosidade

USP/FM/DBD-046/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

Uma pessoa permanece jovem na medida em que ainda é capaz de aprender, adquirir novos hábitos e tolerar contradições.

Marie Von Ebner - Eschenbach

*As minhas queridas filhas Julia Morete
Canario e Rafaela Morete Canario,
razão do meu viver.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi, pelo apoio irrestrito, pela generosidade, orientação, dedicação, paciência, humanidade e ajuda inestimável, sem a qual esta tese não seria realizada.

Ao Prof. Dr. Wilson Jacob, pela contribuição e apoio no desenvolvimento dessa tese.

A Dra. Flavia Campora, pela contribuição e ajuda em momentos de extrema importância durante a coleta de dados.

Ao Dr. João Paulo Consentino Solano, pelos ensinamentos, com sua competência e generosidade, colaborando de forma significativa durante todas as etapas deste estudo.

Ao Dr. Eduardo Bracher, pelas palavras, suporte técnico e estratégico em momento decisivo deste estudo.

Ao Mario Sergio Boff, pela colaboração durante sua iniciação científica, pela dedicação, pelo respeito e humildade demonstrados.

À estatística Elivane Victor, pelo apoio, pela competência e suporte, qualidades que me proporcionaram a possibilidade de atingir as diversas metas deste projeto.

A Maria Helena Vargas, pelo auxílio, apoio e disponibilidade irrestrita na diagramação final da tese.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor, apoio, início e embasamento de tudo.

Ao Gerson Canario, companheiro de todas as horas, pelo apoio incondicional, pelo amor, pela paciência imensurável, pela generosidade e, por relevar mais períodos adicionais de ausência em nosso convívio, desta feita dedicados à tese.

A minha amiga Fátima Innecco (*in memoriam*), sempre estará presente em meus pensamentos mesmo distante.

Ao Dr. Eduardo Aguiar, pela paciência, aconselhamento e amizade.

Aos colegas, amigos da Mundipharma Brasil, pelo acolhimento, suporte e reconhecimento do trabalho realizado.

Aos colegas, amigos do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, pela inspiração e suporte incondicional durante essa jornada.

Aos amigos e companheiros de trabalho da “Dor”, profissionais que incansavelmente buscam a excelência para tratar a dor das pessoas que sofrem.... Onde pude aprender a essência do amor a essa especialidade.

Aos colegas, amigos do Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo acolhimento e pelo suporte.

Aos colegas, amigos da Equipe de Controle da Dor da Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo apoio, pelos ensinamentos e pelo suporte.

Aos pacientes, pela receptividade e generosidade, que apesar das adversidades, puderam compartilhar experiências valiosas vividas contribuindo de maneira brilhante para este estudo. Minha gratidão!

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.
Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentações; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo Geral.....	9
2.2	Objetivos Específicos	9
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1	Envelhecimento	11
3.2	Dor crônica no idoso.....	13
3.3	Prevalência de dor na população idosa.....	15
3.4	Impacto da dor na vida do idoso.....	18
3.5	Resiliência e envelhecimento	20
3.6	Dor e resiliência.....	23
3.7	Dor no idoso e resiliência	29
3.8	Dor no idoso e depressão.....	30
3.9	Dor no idoso e qualidade de vida	32
3.10	Dor no idoso e capacidade funcional.....	33
3.11	Dor no idoso e religiosidade	35
4	MÉTODOS.....	39
4.1	Ética	40
4.2	Cálculo da Amostra	41
4.3	Critérios de Inclusão.....	42
4.4	Critérios de Exclusão.....	42
4.5	Dinâmica do Estudo	42
4.6	Estatística.....	47
5	RESULTADOS.....	49
5.1	Caracterização da amostra estudada.....	50
5.2	Resiliência em idosos com e sem dor crônica.....	52
5.3	Depressão em idosos com e sem dor crônica.....	53
5.4	Qualidade de vida em idosos com e sem dor crônica	54
5.5	Religiosidade em idosos com e sem dor crônica.....	56
5.6	Resiliência e depressão nos idosos	56
5.7	Resiliência e qualidade de vida nos idosos	57
5.8	Resiliência e religiosidade nos idosos	58
5.9	Resiliência e avaliação de dor crônica nos idosos	58
6	DISCUSSÃO	59
7	CONCLUSÕES	75
8	ANEXOS	77
9	REFERÊNCIAS.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGS	- <i>American Geriatric Society</i>
AIVD	- Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	- Atividades de Vida Diária
CAPPesq	- Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CD RISC	- Connor Davidson Resilience Scale
DMA	- Modelo dinâmico de afeto
DP	- Desvio padrão
DUREL	- Escala de Religiosidade de Duke
EGDC	- Escala Graduada de Dor Crônica
GAMIA	- Grupo de Atendimento Multidisciplinar do Idoso
GDS	- <i>Geriatric Depression Scale</i>
HCFMUSP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IASP	- <i>International Association Study of Pain</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	- Mini Exame de Estado Mental
MIF	- Medida da Incapacidade Funcional
MMII	- Membros Inferiores
MMSS	- Membros Superiores
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
QV	- Qualidade de Vida
SEADE	- Sistema Estadual de Análise de Dados
SF-36	- <i>Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey</i>
SNC	- Sistema Nervoso Central
SNP	- Sistema Nervoso Periférico
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo, idade e estado civil nos grupos de idosos com e sem dor. São Paulo, 2016.....	50
Tabela 2 - Grupo de idosos sem e com dor de acordo com a resiliência. São Paulo, 2016.....	52
Tabela 3 - Frequência dos fatores da CD RISC nos grupos de idosos com e sem dor crônica. São Paulo, 2017	53
Tabela 4 - Relação de depressão de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) entre os grupos sem e com dor. São Paulo, 2016	54
Tabela 5 - Distribuição entre qualidade de vida nos grupos com e sem dor de acordo com o instrumento SF-36. São Paulo, 2016.....	55
Tabela 6 - Relação da religiosidade entre os grupos com e sem dor de acordo com a Escala de Duke. São Paulo, 2016.....	56
Tabela 7 - Relação entre resiliência e depressão em ambos os grupos. São Paulo, 2016.....	57
Tabela 8 - Distribuição da relação entre resiliência e qualidade de vida em cada domínio em ambos os grupos. São Paulo, 2016.....	57
Tabela 9 - Correlação entre resiliência e religiosidade. São Paulo, 2016.....	58
Tabela 10 - Relação entre resiliência e avaliação de dor de acordo com a escala graduada de dor crônica. São Paulo, 2016.....	58

RESUMO

Pinto MCM. *Resiliência, depressão, qualidade de vida, capacidade funcional e religiosidade em idosos com dor crônica* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

INTRODUÇÃO: Resiliência é uma combinação de fatores que propicia ao ser humano condições para enfrentar e superar problemas e adversidades. A dor crônica pode influenciar a forma como o idoso enfrenta estas situações. A ansiedade e depressão são doenças prevalentes entre os portadores de dor crônica. As relações entre resiliência, depressão, ansiedade, religiosidade e capacidade física são pouco estudados em idosos sem e com dor crônica. **OBJETIVOS:** Avaliar a resiliência, depressão, ansiedade, religiosidade e capacidade física em um grupo de idosos com e sem dor crônica. **MÉTODOS:** Este foi um estudo transversal onde foram avaliados idosos acompanhados em ambulatório de geriatria e divididos em dois grupos: 54 idosos com dor crônica e 54 idosos sem dor crônica. A resiliência foi avaliada através da escala de Resiliência Connors & Davidson, a depressão foi avaliada pela Escada de Depressão Geriátrica (GDS), a qualidade de vida através do questionário SF - 36, capacidade funcional através da Medida da Incapacidade Funcional (MIF) e religiosidade através do Questionário de Duke. Para a avaliação da dor crônica foi utilizada a Escala Graduada de Dor Crônica (EGDC). **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 67,6% de mulheres e 32,4% de homens, com idade média de 79,9 anos. No grupo com dor, os locais mais frequentemente acometidos foram os joelhos e região lombar e o tempo de duração da dor entre 1 e 5 anos. O índice médio de resiliência no grupo com dor foi de 69,4, e no grupo sem dor foi de 80,1. Foi encontrada depressão em 35,2 % dos pacientes com dor e não houve caso de depressão nos idosos sem dor. A qualidade de vida nos idosos com dor foi pior em todos os domínios: físico, mental, emocional, social, vitalidade, dor e no aspecto físico comparado ao grupo sem dor. Não houve diferença na religiosidade e na capacidade funcional entre os idosos com e sem dor. **CONCLUSÕES:** A resiliência é menor em idosos portadores de dor crônica, a depressão é mais frequente em portadores de dor crônica, a qualidade de vida é pior em idosos com dor crônica e não há relação entre dor em idosos e capacidade funcional e religiosidade.

Descritores: dor crônica; idoso; resiliência psicológica; depressão; qualidade de vida; religiosidade

ABSTRACT

Pinto MCM. *Resilience, depression, quality of life, functional capacity and religiosity in older adults with chronic pain* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

INTRODUCTION: Resilience is a combination of factors that provides the human condition to face and overcome problems and adversities. Chronic pain can influence how the elderly facing these situations. Anxiety and depression are prevalent disease among patients with chronic pain. The relationship between resilience, depression, anxiety, religion and physical ability are poorly studied in the elderly and elderly with chronic pain. **OBJECTIVES:** This study evaluated the resilience, depression, anxiety, religion and physical ability in a group of elderly patients with and without chronic pain. **METHODS:** This was a cross-sectional study that evaluated elderly seen in geriatric outpatient and divided into two groups: 54 elderly patients with chronic pain and 54 subjects without chronic pain. Resilience was assessed by Resiliency Connors & Davidson scale depression was assessed using the Geriatric Depression (GDS), the quality of life SF - 36, functional capacity through the Measure of Functional Disability (MIF) and religiosity through the Duke Questionnaire. The assessment of chronic pain was used Graded Chronic Pain Scale (EGDC). **RESULTS:** The sample consisted of 67.6% women and 32.4% men, mean age 79.9 years. In the group with pain, the most commonly affected locations are the knees and lower back and the duration of pain between 1 and 5 years. The resilience average rate in the group with pain was 69.4, and in the group without pain was 80.1. Depression was found in 35.2% of patients with pain and there was no case of depression in the elderly without pain. The quality of life in elderly patients with pain was worse in all areas: physical, mental, emotional and social, vitality, pain and physical appearance compared to the group without pain. No differences in religiosity and functional capacity among the elderly with and without pain. **CONCLUSIONS:** Resilience is lower in elderly patients with chronic pain, depression is more common in patients with chronic pain, quality of life is worse in older adults with chronic pain and there is no relationship between pain in the elderly and functional capacity and religiosity.

Descriptors: chronic pain; aged; resilience, psychological; depression; quality of life; religiosity

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (Brasil, 2005).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a parcela da população com mais de 60 anos é a que mais cresce. No ano 2000, havia cerca de 400 milhões de idosos no mundo. Estimativas sugerem que no ano de 2050 serão mais de um bilhão e meio, o que representará cerca de 20% da população mundial (McCleane, 2007; Gambaro *et al.*, 2009).

No Brasil, na década de 1960, havia cerca de três milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2000, essa parcela da população já somava mais de 14 milhões de pessoas, ou seja, quase 9% da população brasileira. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, em 2020, os idosos representarão 15% da população brasileira, saltando, em 2050, para 18% da população, o que corresponderá a cerca de 38 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Nesse contexto, o Brasil será o 6º país com maior número de idosos.

À medida que a população envelhece, aumentam as prevalências de problemas crônicos de saúde e incapacidades funcionais associadas. Dentre

esses problemas, encontram-se diversas doenças e síndromes associadas à presença de dor crônica (Santos *et al.*, 2011). Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), o número de idosos no estado de São Paulo é de 4,6 milhões, representando pouco mais de 11% da população do estado. As projeções são de que esse número aumente para 7,1 milhões em 2020 (São Paulo, 2016).

Estima-se que 20% a 50% dos idosos apresentem problemas relacionados à presença de dor. Esta proporção aumenta para 45% a 80% nos idosos internados. O controle da dor é inadequado em mais de 50% dos idosos e mais de 25% morrem sem obter o seu controle adequado (AGS, 2002; Chopra, 2006; AGS, 2009). Em idosos com disfunções cognitivas, o diagnóstico e tratamento da dor podem tornar-se problemas ainda maiores, o que, em parte, se justifica pela maior dificuldade na avaliação da dor (Kaasalainen e Molloy, 2001; Karp *et al.*, 2008; Fine, 2009).

O envelhecimento é um processo complexo com mudanças nos aspectos fisiológico, psicológico e social (Ahmed e Haboubi, 2010). Além disso, com o avanço da idade, há um aumento no número de doenças crônicas. Esses fatores podem contribuir para mudanças nas funções motoras em pessoas mais velhas (Raji *et al.*, 2005).

A dor crônica afeta negativamente o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da pessoa (Crombez *et al.*, 2012). Tradicionalmente, vulnerabilidades psicossociais têm sido o foco principal dos estudos que visam examinar falhas de adaptação à dor crônica, mas também é possível identificar um foco sobre os mecanismos psicológicos positivos que

promovem uma maior resiliência à dor, o que pode ser definido como a preservação do funcionamento positivo ou proteção contra posteriores estados emocionais negativos (Bailiki *et al.*, 2008; Sturgeon e Zautra, 2010).

Tem sido proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantenham um senso positivo de bem-estar (Smith *et al.*, 2002). Perdas na funcionalidade não são, necessariamente, impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional adequados; como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas (Neri, 2001).

O enfrentamento da dor não é simplesmente um processo interno. Relações interpessoais podem afetar drasticamente a capacidade do indivíduo para se adaptar à dor crônica. Interações sociais positivas contribuem para um maior efeito positivo, sendo importante fonte de resistência à dor crônica (Kenny *et al.*, 2003). Indivíduos com dor crônica que experimentam muitos eventos interpessoais estressantes parecem ser mais vulneráveis às elevações dos efeitos negativos da dor (Finan *et al.*, 2010).

O mundo está envelhecendo e, com o processo de envelhecimento, é importante o aumento na capacidade de resiliência em idades mais avançadas para que se mantenha o comportamento adaptativo, pois é maior a probabilidade de ocorrerem na velhice eventos desagradáveis relacionados à saúde física e ao bem-estar (Pinheiro, 2004).

É relevante ressaltar que o tema resiliência, no Brasil, ainda é recente. Em revisão de literatura realizada por Souza e Cervený (2006), constatou-se que os primeiros trabalhos no país relacionados à resiliência

surgiram entre 1996 e 1998, com estudos sobre crianças expostas a situação de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial (Hutz e Koller, 1996).

A resiliência possui várias definições, revelando que o conceito se encontra em fase de construção e debate. Originariamente, o termo resiliência vem da física e se refere à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (Ferreira, 1975).

Ao considerar a resiliência como uma capacidade para se desenvolver normalmente sob condições difíceis ou de risco, e levando-se em conta que todas as pessoas, em menor ou maior intensidade, terão que enfrentar alguma dessas condições enquanto estiverem vivas, a resiliência e a interação entre os fatores de risco e de proteção podem se integrar ao longo de toda a vida humana, seja na infância, na adolescência, na fase adulta ou na velhice (Leipold e Greve, 2009).

Houve uma mudança na perspectiva de como a resiliência era encarada nos pacientes. Inicialmente, pensava-se na resiliência como uma característica intrínseca e inata ao indivíduo. A ideia corrente é a de que a resiliência é um processo dinâmico (Lemos *et al.*, 2008; Gartland *et al.*, 2011), construída gradativamente no decorrer da existência, a partir do enfrentamento e superação das adversidades. Assim, a contribuição que estudos mais recentes trouxeram ao tema foi de que a resiliência, em vez de um atributo estável, presente ou ausente, apresenta-se na forma de um espectro, com indivíduos mais ou menos resilientes, e que possam mudar ao longo de suas vidas.

Assim, o grau de resiliência de um determinado indivíduo estaria marcado temporalmente no curso de sua vida, e qualquer forma de mensuração corresponderia apenas a um retrato instantâneo (Lemos *et al.*, 2016).

Estudo com 592 pacientes com dor musculoesquelética crônica mostrou que a resiliência é uma variável psicológica relevante que não só prediz melhor ajuste da dor, mas também modera as relações entre vários fatores psicológicos relacionados à dor e de ajuste da dor. Esses achados consideraram a resiliência como uma variável protetora no ajuste da dor crônica e na melhoria do comportamento resiliente e, pode ser um alvo no tratamento de pacientes com dor (Ruiz-Parraga *et al.*, 2015).

O medo do desconhecido, a ansiedade e a depressão causados pela dor crônica podem comprometer a maneira como ele gerencia esses sentimentos, podendo contribuir para a perpetuação do fenômeno doloroso. Cada pessoa lida de forma bastante particular com as situações estressantes impostas pela vida, como, por exemplo, a dor crônica, utilizando diferentes formas de enfrentamento.

O envelhecimento, quando acompanhado de sintomas de depressão, é um fenômeno que compete contra a resiliência e, portanto, deve ser considerado nas análises (Lemos *et al.*, 2016). Alguns autores afirmam que escores de resiliência têm demonstrado ser positivamente correlacionados com a saúde mental e o funcionamento físico dos idosos (Hardy *et al.*, 2002; Wagnild, 2003).

A resiliência pode estar relacionada a uma resposta na intensidade da dor, mas com baixa interferência na carga emocional (Ruehlman *et al.*,

2005). Indivíduos resilientes com dor crônica reconhecem a força individual, olham para os aspectos positivos da vida, aprendem a conviver com a dor, e ainda aceitam ajuda (West *et al.*, 2012).

Estratégias de fortalecimento da resiliência podem ser desenvolvidas com finalidade terapêutica em benefício de melhor prognóstico clínico de pacientes (Edward, 2013). O manejo do estresse e da resiliência também possibilita conforto e bem-estar (Dimsdale, 2008).

A hipótese do estudo é que talvez idosos com dor crônica tenham menores índices de resiliência comparado com idosos sem dor crônica. O interesse em desenvolver esse estudo surgiu em decorrência da pouca exploração no cenário brasileiro sobre o comportamento da resiliência em idosos com e sem dor crônica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Comparar a resiliência de idosos com e sem dor crônica de um ambulatório na cidade de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Correlacionar resiliência com depressão entre idosos com e sem dor crônica atendidos em ambulatório de geriatria.
- Correlacionar a resiliência com capacidade funcional entre idosos com e sem dor crônica.
- Correlacionar a resiliência com qualidade de vida entre idosos com e sem dor crônica.
- Avaliar a relação de resiliência com religiosidade entre idosos com e sem dor crônica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Envelhecimento

O processo de transição demográfica, caracterizado pela diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade, tem ocasionado o envelhecimento da população mundial (Veras, 2009).

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano (Andrews, 2000).

A partir de dados do IBGE (2002) à continuidade das tendências verificadas, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população brasileira.

A distribuição de idosos no país mostra que a maior parte deles se concentra na região Sudeste (26,3%) e a menor na região Norte (5,7%). Ainda, de acordo com o IBGE (2010), a maioria dos idosos são mulheres (55,5%), e tem entre 60 e 64 anos (31,9%).

Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do

envelhecimento. Nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria. Entretanto, é difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério, a idade. Além disso, neste segmento conhecido como terceira idade, estão incluídos indivíduos diferentes entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico (Brasil, 2005).

O envelhecimento leva a alterações morfológicas, há diminuição no diâmetro transversal do tórax, diminuição da força e tônus muscular, perda da densidade óssea, degeneração da cartilagem articular, com aumento das possibilidades de quedas e fraturas, assim como de cifose, lombalgia, artralgia, dores osteomusculares, diminuição de força muscular, da flexibilidade e resistência. Há diminuição do débito cardíaco, aumento da pressão arterial, aumento do volume pulmonar residual, diminuição das trocas gasosas e proteção tegumentar, relaxamento da musculatura perineal, disfunção uretral nas mulheres e hiperplasia benigna de próstata nos homens. O tempo de esvaziamento gástrico está aumentado, a motilidade intestinal é reduzida, levando a desconforto abdominal, pirose, indigestão e constipação. Redução do fluxo sanguíneo cerebral, podendo gerar desmaios e quedas, capacidade diminuída para enxergar, perdas no paladar e olfato. Muitas dessas alterações acabam contribuindo para o aparecimento de diversas queixas algícas (Duarte, 2001; Smeltzer e Bare, 2009).

3.2 Dor crônica no idoso

O envelhecimento causa alterações no processamento e modulação da dor. No sistema nervoso periférico (SNP) ocorrem alterações como a redução do número de fibras nervosas mielinizadas e amielinizadas, diminuição da velocidade de condução nervosa e do fluxo sanguíneo endoneural, menor número de sinapses e maior número de fibras com danos e degenerações (Verdú *et al.*, 2000; Gibson e Farrell, 2004; McCleane, 2007; Karp *et al.*, 2008).

No sistema nervoso central (SNC) ocorre perda progressiva de neurônios noradrenérgicos e serotoninérgicos nas lâminas superficiais do corno posterior da medula, implicados no controle inibitório descendente, levando a prejuízos nos mecanismos endógenos de supressão da dor (Gibson e Farrell, 2004; McCleane, 2007; Karp *et al.*, 2008). O cérebro sofre com o envelhecimento, pois com o passar dos anos, há redução do volume cerebral, perda de neurônios em diversas áreas e acúmulo de placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares. Estas alterações podem afetar os tratos relacionados à percepção e controle da dor, principalmente, quando presentes em regiões como o córtex frontal, giro do cíngulo, ínsula, córtex somatossensitivo, tálamo e hipotálamo (Buckalew *et al.*, 2008; Karp *et al.*, 2008). Neurotransmissores em áreas centrais envolvidas na regulação da dor e nas áreas por onde ascendem os tratos do corno posterior da medula também diminuem. Essas áreas são ricas em neurotransmissores como serotonina, noradrenalina, acetilcolina e opioides endógenos. Na medula, essas substâncias inibem a transmissão do estímulo nociceptivo trazido pela via aferente (McCleane, 2007; Buckalew *et al.*, 2008; Karp *et al.*, 2008).

Vários estudos têm sido realizados para determinar o efeito do envelhecimento sobre o limiar de dor. Em animais e seres humanos, a eficácia dos mecanismos de inibição da dor descendente, particularmente os que envolvem opioides endógenos, também parece deteriorar-se com o avanço da idade (Gibson e Farrell, 2004).

Estudo realizado por Lin *et al.* (2005) sobre a percepção da dor em homens de idades diferentes (27,1 anos *versus* 71,6 anos) mostrou que limiares somatossensitivos para estímulos não lesivos aumentam com a idade, enquanto que o limiar de dor por pressão diminui e o limiar de dor ao calor não mostra nenhuma relação com a idade. Por outro lado, alterações psicoemocionais no idoso como depressão, ansiedade e enfrentamento inadequado da dor são mais frequentes e podem levar ao pior funcionamento do sistema inibitório da dor (Mavandadi *et al.*, 2007; Karp *et al.*, 2008).

Para a Sociedade Internacional para Estudo da Dor (IASP) a dor crônica no paciente geriátrico pode ser definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano, para pessoas idosas (65 a 79 anos) ou muito idosas (80 e mais), por um período maior que três meses. As consequências da dor incluem piora nas atividades de vida diária (AVD), dificuldades de deambulação e depressão entre outras. Para fins de pesquisa, a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) define dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses) (Merskey, 1994b). Esse critério foi escolhido para selecionar o grupo de idosos com dor crônica nesse estudo.

Autores afirmam que a dor crônica é uma experiência multidimensional com componentes sensitivos, afetivos e cognitivo-avaliativos e que alterações inerentes ao processo de envelhecimento podem interferir na experiência da dolorosa. É uma experiência altamente individual moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado. Dessa forma, a dor crônica é considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial, e que tem se configurado como um problema de saúde coletiva (Loeser e Melzack, 1999; Gloth, 2000; Fisher *et al.*, 2002; Augusto *et al.*, 2004).

3.3 Prevalência de dor na população idosa

Epps (2001) afirma que o envelhecimento geralmente vem acompanhado de aumento na incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, que resultam em maior dependência e são agravadas pelas queixas de dor. Levantamentos epidemiológicos sugerem que a prevalência de dor aumenta com a idade, e as mulheres são geralmente mais propensas a relatar dor persistente que os homens (Tsang *et al.*, 2008). Entre os idosos que relatam dor, 60% a descrevem como de moderada intensidade, e, cerca de 25%, como forte (Langley, 2011).

Roy e Thomas (1986) afirmam que nos idosos, a dor, geralmente, é crônica e relacionada a doenças degenerativas, como no estudo por eles realizado com idosos atendidos em ambulatório, mostrando que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentam dor e que 80% a 85% com mais de 65 anos apresentam, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor.

Pesquisas indicam que, embora haja um aumento da prevalência da dor com a idade, a intensidade da dor pode ser mais elevada durante a meia-idade, entre 45 e 65 anos, com a incidência de picos de dor forte. Há quem tenha observado pico de ocorrência de dor aos 65 anos de idade e declínio nos indivíduos mais idosos de 75 a 84 anos ou mais (Brattberg *et al.*, 1996).

Entre os idosos, a dor crônica representa a principal queixa ambulatorial e é o sintoma mais frequente nas anamneses, ocorrendo em 25% a 50% dos indivíduos (Barr, 2002; Brummel-Smith *et al.*, 2002). Cerca de 45% a 80% dos idosos institucionalizados manifestam pelo menos um tipo de dor, sendo que 34% desses a referem como contínua (Lipton *et al.*, 1993).

Estimativas norte-americanas entre os idosos apontam prevalência de dor crônica de 25% a 50% (Ferrell, 1991; Magni *et al.*, 1993). Grimby *et al.* (1999) e Blomqvist e Edberg (2002) também afirmam que 60% a 85% dos idosos apresentam algum tipo de dor. Em idosos que residem em suas próprias casas, a prevalência de dor varia entre 25% a 50%; já naqueles institucionalizados, os índices variam de 45% a 80%.

No Brasil, Dellarozza *et al.* (2008) em estudo na cidade de Londrina - PR, em 2008, entrevistaram e avaliaram 172 idosos com relação à dor crônica. Os resultados demonstraram que houve uma grande prevalência de dor crônica nesta população (62,2%), principalmente em mulheres com 80 anos ou mais, e nos indivíduos depressivos. Concluíram ainda que para grande parte destes idosos a dor é diária, contínua e de forte intensidade, gerando efeitos deletérios na saúde e no bem-estar biológico, psicológico e

espiritual (Dellaroza *et al.*, 2008). Em estudo realizado no município de Florianópolis - SC por Benedetti *et al.* (2004) com 875 idosos, 71,1% relataram algum problema de saúde e 9,4% padeciam de alguma doença musculoesquelética (com ênfase para doenças reumatológicas como artrose/artrite). Outros autores brasileiros observaram alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos (variando entre 51% e 67%), especialmente dores musculoesqueléticas (47% a 14%) (Panazzolo *et al.*, 2007; Lima e Trad, 2008; Buriti, 2010).

Estudo de coorte com seguimento de idosos por 6 meses identificou que os indivíduos sentiam dor ao mudar de posição (40,7%), para se levantar ou sentar (22,7% e 19%, respectivamente) e para subir escadas (3,2%) (Smalbrugge *et al.*, 2007).

Com uma maior taxa de prevalência de doenças crônicas e comorbidades nos idosos, as queixas de dor mais frequentes são: osteoartrites, especialmente na região lombar ou cervical, cerca de 65%, musculoesquelética, em torno de 40%, neuropática periférica, normalmente devido a diabetes ou neuralgia pós-herpética, 35%, e articular crônica (15% a 25%) (Donald e Foy, 2004; Mailis-Gagnon *et al.*, 2008; Denard *et al.*, 2010).

A experiência dolorosa afeta as funções físicas e a autonomia e impacta negativamente na qualidade de vida dessa população. Outras condições como câncer, procedimentos cirúrgicos, úlceras por pressão também contribuem para a exacerbação das queixas álgicas entre os idosos (Fisher *et al.*, 2002; Gomes e Teixeira, 2007; Dellaroza *et al.*, 2008; Watanabe e Giovanni, 2009).

3.4 Impacto da dor na vida do idoso

Celich e Gallon (2009) referem que a dor, quando presente na vida do idoso, enfraquece, consome e afeta o que ele tem de mais precioso – a vida. A dor fragiliza e ameaça a integridade física, psíquica, social e espiritual do idoso, afetando sua segurança, bem-estar, autonomia e independência, impedindo e limitando a sua capacidade de realizar as AVDs, o convívio e interações sociais, o que destrói a qualidade de vida e a vontade de viver. Corran *et al.* (1997) reforçam que a dor está associada com má função global, depressão, problemas de sono e satisfação de vida reduzida em idosos. A *American Geriatric Society* (AGS, 2002) ainda cita que a dor causa prejuízos na mobilidade, aumento da utilização dos cuidados de saúde e transtornos físicos.

A dor crônica, que limita as atividades, pode levar a um ciclo de restrição e diminuição da interação, resultando em maiores incapacidades (Jensen *et al.*, 2011). As consequências da dor não tratada podem afetar profundamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Para além dos riscos fisiológicos associados com a dor não tratada, pode-se identificar outros fatores, como depressão (Herr *et al.*, 1993; Magni *et al.*, 1993; Parmelee *et al.*, 1993) e comprometimento das funções cognitivas (Duggleby e Lander, 1992).

Idosos com dor crônica podem apresentar complicações como ansiedade, isolamento social, agitação, agressividade, comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida (Kovach *et al.*, 2001; Augusto *et al.*, 2004). A dor crônica é associada com mais locais de dor, uso de maior número de descritores de dor, menor resposta a

intervenções terapêuticas e maior sofrimento emocional, incluindo ansiedade e sintomas depressivos (Scherder *et al.*, 2002; Schuler *et al.*, 2004).

A presença de dor crônica acarreta elevada dependência funcional (Lima e Trad, 2008; Schmidt, 2011). Incapacidades resultantes da dor são multideterminadas. As diferentes localizações álgicas e intensidades, entre outras características, parecem estar associadas a maiores ou menores graus de incapacidade (Dellaroza *et al.*, 2013). Essa condição pode limitar o que as pessoas com dor crônica fazem, pela piora da dor (Martin *et al.*, 2005) ou porque elas têm medo de novas lesões ou traumas (Vlaeyen e Crombez, 1999). A limitação na atividade física por causa da dor pode levar a um ciclo de restrição, gerando ainda mais incapacidades (Jensen *et al.*, 2011).

Fatores psíquicos desempenham papel significativo no desenvolvimento da dor crônica e incapacidades. Estudos prospectivos mostram claramente que crenças de dor, catastrofização e depressão estão relacionadas a dor e incapacidades (Klenerman *et al.*, 1995; Vlaeyen *et al.*, 1995; Pincus *et al.*, 2002). É importante ter em mente que algumas dessas crenças são úteis, e outras podem servir como barreiras para o tratamento eficaz da dor (Parmelee, 1997).

Cabe ressaltar que a crença que a dor na fase mais avançada da idade seja esperada parece ser bastante comum, porém idosos nunca devem tolerar a dor quando o alívio é possível, e a crença que a dor é "esperada" pode incentivá-los a suportar isso em silêncio (Miaskowski, 2000).

Assim, o contexto da dor é importante para idosos. A dor pode representar uma perda, ameaça ou desafio. Quando a doença é acompanhada por dor, que muitas vezes significa uma perda de função, há perda de independência, e, por vezes, perda de vida. Portanto, é importante avaliar tanto o significado da experiência dolorosa, como os recursos internos, incluindo a eficácia de estratégias de enfrentamento e a capacidade de controlar a dor (Gagliese e Melzack, 1997).

3.5 Resiliência e envelhecimento

A noção de resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pela Física e a Engenharia, sendo um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young. Por ser um tema recentemente incorporado ao campo da saúde, encontra-se em fase de construção, discussão e debate conforme citado anteriormente. A definição de resiliência, segundo alguns autores, é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável de um indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis (Pesce *et al.*, 2005). Bonanno (2004) refere que a resiliência como uma habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade. Uma pessoa resiliente é aquela que, quando experimenta uma extrema adversidade, consegue manter uma trajetória estável e funcionamento saudável (Bonanno, 2004).

Berkman *et al.* (1993) e Ryff *et al.* (1998) reforçam o conceito afirmando que resiliência é a capacidade de permanecer bem, recuperar-se, ou mesmo prosperar em face à adversidade. Sendo assim, a resiliência é a

capacidade para se desenvolver normalmente sob condições difíceis ou de risco, e que todas as pessoas terão que enfrentar algumas dessas condições ao longo de suas vidas, em menor ou maior intensidade, seja na infância, na adolescência, na fase adulta ou na velhice (Leipold e Greve, 2009).

Considerando que o processo de envelhecimento é frequentemente descrito como um período de múltiplas perdas no decorrer de um curto período de tempo, essas perdas, desafios e ganhos sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo se mantenha (Neri, 1995). Assim, a resiliência se tem mostrado na prática clínica uma possibilidade de desenvolver medidas de enfrentamento e superação diante dos problemas que a vida impõe aos pacientes que convivem com a dor crônica. É uma combinação de fatores que propicia ao ser humano condições para enfrentar e superar problemas e adversidades (Karoly e Ruehlman, 2006).

Em estudo realizado por Hardy *et al.* (2002) foram avaliadas 546 pessoas sem deficiência ou incapacidade funcional na idade superior 70 anos e que tinham experimentado pelo menos um evento estressante na vida. Os resultados mostraram um bom nível de resiliência, com uma pontuação média de 8,9 em uma escala de 18 pontos. Dentro das análises, sexo masculino, viver com os outros, alta aderência, força, independência nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e ter entre boa e excelente auto percepção de saúde foram associados a alta

resiliência. O estudo concluiu que, do ponto de vista teórico, resiliência pode ser um fator importante na manutenção do bem-estar de uma pessoa que envelhece e, um forte preditor de recuperação de doença ou deficiência. Esses resultados indicam que existe uma gama de pessoas idosas resilientes e que a alta resiliência nessa comunidade está associada a vários fatores funcionais e psicossociais.

Um experimento utilizou o método de torniquete, usado para induzir dor isquêmica e estresse. Oitenta e quatro pacientes foram aleatorizados em dois grupos com baixo ou elevado estresse, e selecionados em grupos de baixa e alta resiliência de acordo com suas pontuações em uma escala de resiliência. As medidas de dor e estresse foram mensuradas a cada 5 min, mostrando que indivíduos mais resilientes relataram menos dor (Friborg *et al.*, 2006). Comparações entre os grupos resilientes e não resilientes revelaram diferenças significativas favorecendo indivíduos resilientes em: lidar com a dor, atitudes e crenças em relação à dor, pensamentos catastróficos, respostas sociais positivas para a dor, e bons padrões de saúde e na utilização de medicação (Karoly e Ruehlman, 2006).

Enfim, com o processo de envelhecimento torna-se importante o aumento na capacidade de resiliência na velhice para manter o comportamento adaptativo, pois nessa fase da vida é maior a probabilidade de ocorrerem eventos adversos relacionados à saúde física e ao bem-estar (Pinheiro, 2004).

3.6 Dor e resiliência

Até o momento, a resiliência tem tido aplicação limitada em pesquisa na área de dor (Bonanno, 2004; Southwick *et al.*, 2005). Atenção recente tem sido centrada na resiliência como um processo importante na experiência e no gerenciamento da dor crônica. Neste contexto, a resiliência poderá prover um conjunto de respostas adaptativas à dor e às adversidades da vida relacionadas com a dor, envolvendo três componentes principais: o controle, a sustentabilidade e o crescimento (Yeung *et al.*, 2012). Destes, a sustentabilidade é considerada a principal característica do funcionamento resiliente e tem sido a mais estudada (Murray e Zautra, 2011). Além disso, verificou-se que aprender a controlar a dor dá ao paciente uma sensação de domínio sobre sua condição (Evans e Souza, 2008). E o processo de aceitação da dor é considerado como sendo uma característica positiva em pacientes resilientes (Sturgeon e Zautra, 2010, 2014).

Zautra *et al.* (2005) procuraram estudar o funcionamento dos recursos de resiliência em resposta à dor por meio de um modelo dinâmico de afeto (DMA). O DMA postula que estressores como a dor têm o efeito de estreitar a experiência emocional de um indivíduo, levando a uma relação cada vez mais inversa entre efeito negativo e positivo. Os autores observaram ainda que o afeto positivo poderia servir como um fator de proteção.

A resiliência parece desempenhar um papel de proteção em pacientes com osteoartrite (Zautra *et al.*, 2005 e 2007; Wright *et al.*, 2008), fibromialgia (Zautra *et al.*, 2005 e 2007) e artrite (Smith e Zautra, 2008a). A baixa resiliência tem demonstrado estar associada com níveis mais elevados de dor, menor

aceitação e enfrentamento (Ramírez-Maestre *et al.*, 2012), maior incapacidade (Karoly e Ruehlman, 2006), maior catastrofização (Karoly e Ruehlman, 2006; Ong *et al.*, 2010) e angústia (Smith e Zautra, 2008b; White *et al.*, 2010).

A maior resiliência tem sido associada com otimismo, apoio social, e um senso de significado e propósito na vida que pode também estar relacionada com o conformismo à dor e ser possível alvo de intervenção (Chamberlain *et al.*, 1992). Além de reduzir a dor e melhorar a adaptação à dor crônica (Montoya *et al.*, 2004; Smith e Zautra, 2004; Snyder *et al.*, 2005), a resiliência pode estar associada com menor depressão e maior bem-estar e saúde mental (Bonanno, 2004; Davydov *et al.*, 2010; Haddadi e Beharat, 2010). E outros estudos concluíram que a resiliência é relevante para prever dor e função física em pacientes com dor crônica (Zautra *et al.*, 2005; Smith e Zautra, 2008b).

Estudo espanhol realizado por Ruiz-Parrága *et al.* (2014) aplicou a escala de resiliência RS-18 em amostra de 592 pacientes com dor crônica musculoesquelética, mostrando que a resiliência é uma variável psicológica relevante que não está apenas relacionada com variáveis de ajuste e adaptação como: à dor (intensidade da dor, incapacidade funcional, catastrofização, depressão, ansiedade, enfrentamento, funcionamento diário, entre outros).

Karoly e Ruehlman (2006) estudaram de 320 sujeitos de população geral, que foram divididos em dois grupos: resilientes e não resilientes, todos com dor crônica, sendo avaliada a relação com aspectos psicológicos. Os resultados de uma série de comparações entre os grupos resilientes e não resilientes revelaram diferenças significativas. Os indivíduos mais resilientes

apresentaram melhor enfrentamento, atitudes e crenças em relação à dor, menos tendências catastróficas e respostas sociais positivas e melhor cuidado com a saúde. Concluíram que os achados fornecem uma base preliminar para futuras pesquisas que busquem entender a natureza e as causas da resiliência em pessoas com dor crônica.

Em outro estudo, australiano, realizado por West *et al.* (2012), que utilizou pesquisa qualitativa com objetivo de explorar o significado da resiliência ou adaptação às adversidades de pessoas que sofrem com dor crônica, mostrou nas entrevistas realizadas alguns aspectos importantes. Embora a dor seja, em geral, uma experiência negativa, os participantes citaram alguns aspectos positivos como: reconhecer as forças individuais, olhar para o lado positivo da vida, aceitar a dor e aprender a aceitar ajuda. Os autores concluíram que mesmo a dor sendo algo que influencia inúmeros aspectos da vida, indivíduos resilientes reconhecem o valor de esforços positivos, aceitação e compromisso com a vida.

Os mecanismos de resiliência podem modificar a relação entre a dor e as respostas de enfrentamento da dor. Desta forma, os mecanismos de resiliência podem ser considerados como moderadores destas inter-relações que envolvem dor e os resultados relacionados com a saúde e bem-estar (Smith e Zautra, 2008b). O modelo conceitual da Figura 1, baseado no modelo de Sturgeon e Zautra (2010) proporciona uma hipótese mais clara sobre como intervenções destinadas a alterar os níveis de um determinado comportamento ou reação podem realmente afetar respostas resilientes no dia-a-dia de uma pessoa com dor.

FONTE: Sturgeon e Zautra (2010)

Figura 1 - Vias para a resiliência em pessoas com dor crônica

Evidências recentes indicam que aqueles indivíduos que são mais resilientes apresentam menores níveis diários de catastrofização e mais emoções positivas do que aqueles que tem baixa resiliência, e que emoções positivas podem mediar o processo de recuperação e catastrofização para pessoas que são psicologicamente resilientes (Davis *et al.*, 2004). Pessoas que normalmente relatam altos níveis de emoções positivas podem sustentar esses sentimentos em face de efeitos negativos, mostrando maior complexidade emocional, melhor adaptação ao estresse e recuperação mais rápida (Ong *et al.*, 2006). Aqueles que são mais capazes de vivenciar ambas as emoções, positivas e negativas, durante um episódio estressante também exibem maior complexidade afetiva (Davis *et al.*, 2004), um recurso potencial na sustentabilidade e crescimento aos portadores de dor crônica.

Uma variedade de mecanismos psicossociais negativos, incluindo catastrofização (Quartana *et al.*, 2009), evitação (Vlaeyen e Linton, 2000), e

declínio cognitivo (Berryman *et al.*, 2013) traçam um caminho entre o início da dor crônica e a incapacidade a longo prazo e para o desenvolvimento de comorbidades. A resiliência, no entanto, tem sido consistentemente enquadrada em termos de processos que podem auxiliar a promover o funcionamento adaptativo à dor. A ideia é que as pesquisas devam continuar, a fim de se identificar ferramentas terapêuticas para ajudar os pacientes a reduzir a frequência e intensidade das cognições negativas, emoções e comportamentos que dão origem ao enfrentamento mal-adaptativo. Cabe lembrar também que esforços devem ser feitos para se compreender as características positivas, estados e estratégias de enfrentamento conhecidos para que a resiliência seja promovida (Zautra, 2009).

Outra variável chave que desempenha um papel proeminente na resiliência à dor é o enfrentamento ativo. Enfrentamento ativo se refere a ações direcionadas pelo indivíduo de modo a controlar a sua própria dor e sua função, apesar da dor que sentem (Snow *et al.*, 1996). Enfrentamento tem sido associado a níveis de atividade física (Snow *et al.*, 1996), níveis mais elevados de interação e inclusão social, e níveis mais baixos de depressão (Esteve *et al.*, 2007).

Em estudo longitudinal recente, Sturgeon *et al.* (2014) sugerem que os efeitos da dor no bem-estar emocional são mediados não só por processos cognitivos, mas também pelas contribuições independentes das interações sociais positivas e negativas. Isto apoia a promoção de interações diárias positivas como uma fonte de manejo da dor. Eventos positivos interpessoais e afeto positivo foram identificados como mecanismos de

resiliência intermediários que facilitam o progresso para a recuperação e adaptação (Zautra, 2009; Sturgeon e Zautra, 2010). Assim, os mecanismos de resiliência não parecem funcionar de forma isolada, estando em interação e, sob certas condições, sendo aditivos ou sinérgicos na promoção da adaptação à dor crônica.

Um estudo sobre resiliência em idosos realizado por Jensen *et al.* (2011) mostrou que as principais fontes de forças entre os idosos são estruturadas em três domínios de análise: individual, interacional e contextual. O domínio individual se refere às qualidades de pessoas idosas e é composto por três subdomínios, que são as crenças sobre a competência do indivíduo, os esforços para exercer o controle e a capacidade de analisar e compreender situação. O domínio de interação é definido como a maneira como os idosos cooperam e interagem uns com os outros para alcançar seus objetivos pessoais. E o domínio contextual se refere ao amplo nível político-social e inclui fontes de força como a acessibilidade aos cuidados, disponibilidade de recursos materiais e políticas sociais. Os três domínios encontrados são inerentemente ligados uns aos outros. Os resultados desta interação podem ser utilizados para o desenvolvimento de intervenções positivas, proativas destinadas a ajudar as pessoas idosas a construir aspectos positivos em suas vidas.

Ainda em relação ao estudo de Sturgeon *et al.* (2014), foram analisados os contextos social, cognitivo e afetivo da adaptação da dor em indivíduos com fibromialgia e artrose. O estudo examinou as contribuições da catastrofização, durante 30 dias através de dados diários de dor de mulheres. As relações entre dor e afetos negativos e positivos foram

mediadas em níveis estáveis pela catastrofização da dor no dia-a-dia, bem como por eventos positivos interpessoais no dia-a-dia, mas não por eventos interpessoais negativos. Há contribuições significativas de catastrofização e eventos interpessoais positivos para a adaptação à dor.

Assim, são considerados como psicologicamente resilientes os idosos que não sucumbem às adversidades, mas, ao contrário, na presença delas exibem um padrão adaptativo positivo caracterizado pelo manejo dos eventos que ameaçam a adaptação, ou que, depois de serem afetados por adversidades, logram recuperar seus níveis anteriores ou basais de bem-estar objetivo e subjetivo. Diante de adversidades, o idoso pode alterar o significado a elas atribuído, reduzir cognitivamente o nível de perigo dos eventos estressores, reduzir sua exposição a eles, diminuir as próprias reações negativas, manter a autoestima e a auto eficácia e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (Kobasa *et al.*, 1982).

3.7 Dor no idoso e resiliência

Recursos individuais e sociais de enfrentamento auxiliam os idosos a lidarem com eventos críticos por meio da atribuição de significados à luz da experiência passada, da busca e da manutenção de atividades prazerosas, do desempenho de papéis sociais relevantes, da adoção de estratégias de enfrentamento adaptativas e do acionamento de suporte social. Tais mecanismos de enfrentamento promovem resiliência por meio da atenuação, da transformação ou da negação do impacto das adversidades (Hildon *et al.*, 2008).

Estudo realizado por Saul (2015) que avaliou a resiliência psicológica entre idosos de 65 a 75 anos portadores de dor crônica, não encontrou relações estatísticas entre resiliência e dor crônica ou à saúde geral. No entanto, observou que os participantes entrevistados usavam força pessoal, religião, espiritualidade, atividade física, descansar/dormir e controle da sua vida como formas de lidar com a dor. Estas informações ajudam os médicos a terem uma melhor compreensão da relação entre dor crônica e resiliência no envelhecimento da população. À medida que isso se torna verdade, indivíduos psicologicamente resilientes devem ser mais hábeis em proativamente provocar emoções positivas para controlar de forma melhor seu enfrentamento da dor (Ong *et al.*, 2010).

Ainda são poucos os estudos em idosos sobre dor crônica e resiliência.

3.8 Dor no idoso e depressão

Problemas com o humor, incluindo o risco para depressão, são importantes consequências de dor crônica em pessoas idosas. A prevalência de depressão varia entre 19% e 28% em amostras de idosos com dor crônica (Rosemann *et al.*, 2007; Gleicher *et al.*, 2011), em comparação com prevalências de 2% em idosos de comunidade e 6,5 a 9% de idosos acompanhados em ambulatorios de atenção primária (Beekman *et al.*, 1999; Katon *et al.*, 2003; Steffens *et al.*, 2009). A dor crônica é um forte preditor de gravidade da depressão, comparável com outros fatores de risco significativos, tais como o isolamento social (Rosemann *et al.*, 2007).

A associação entre dor e humor deprimido também está estabelecida em idosos que vivem em comunidades (Williamson e Schultz, 1992; Magni *et al.*, 1993) ou institucionalizados (Parmelee *et al.*, 1991; Cohen-Mansfield e Marx, 1993). Ela pode levar à perda da autonomia e ao agravamento de morbididades já existentes (Alvarenga *et al.*, 2012). Isto significa que uma grande parte dos idosos com dor crônica terá sintomas depressivos significativos em algum tempo e que poderá se beneficiar de intervenção psicológica ou psiquiátrica (Ferrell, 1991; Ferrell *et al.*, 1994). No idoso, a doença crônica e o comprometimento das AVDs são frequentes e estão muitas vezes relacionados com a depressão (Liu *et al.*, 1997).

Embora haja pouca evidência que ligue a prevalência de depressão em pacientes com dor crônica a determinada fase da vida, há sugestões na literatura de que a relação entre a doença e depressão pode ser forte em pacientes idosos (Turk *et al.*, 1995). De maneira geral, um alto grau de comorbidade entre dor crônica e depressão tem sido citado na literatura. Alguns estudos relatam que a depressão é um importante preditor de incapacidade em pacientes com dor crônica, bem como preditor de motivação para o tratamento (Romano e Turner, 1985; Kerns e Haythornthwaite, 1988; Doan e Wadden, 1989). Idosos deprimidos relatam dores mais intensas e mais queixas dolorosas que idosos não deprimidos. De maneira semelhante, idosos com dor apresentam escores maiores de depressão do que aqueles que não têm dor (Roy e Thomas, 1986; Parmelee *et al.*, 1991; Williamson e Schultz, 1992; Casten *et al.*, 1995). A dor crônica afeta negativamente a capacidade funcional do indivíduo, bem como o seu bem-estar emocional (Turk *et al.*, 1995).

Em estudo realizado por Casten *et al.* (1995), que avaliou a relação de dor, ansiedade e depressão numa amostra de 479 idosos, os resultados mostraram que aproximadamente 76% dos idosos não apresentavam ansiedade ou depressão. Dos 102 indivíduos com depressão, 45% também apresentavam algum nível de ansiedade. E 76,7% dos sujeitos com ansiedade também estavam deprimidos. Não houve diferença significativa na relação de depressão e ansiedade e intensidade da dor. Contudo, o número de queixas de dor localizada teve maior correlação com ansiedade do que com depressão.

A avaliação do humor, especialmente depressão, deve abranger a avaliação nos idosos, porque os estados de humor podem modificar tanto a percepção de dor como a sua intensidade (Agency for Health Care Policy and Research, 1992; Turk *et al.*, 1994).

3.9 Dor no idoso e qualidade de vida

De acordo com a OMS, a qualidade de vida (QV) é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1995). A QV pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação, assim como pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde (Santos *et al.*, 2002).

O aumento do número de morbidades, mais frequente com o envelhecimento, influencia os diferentes domínios da QV em decorrência da alteração na capacidade funcional (Campolina *et al.*, 2011). A capacidade funcional também pode alterar e modificar a QV em função do convívio social, da condição intelectual, do estado emocional e das atitudes do indivíduo perante o mundo (Nahas, 2001).

Estudos como de Kalfoss e Halvorsrud (2009) e Tse *et al.* (2013) avaliaram a qualidade de vida em pessoas com dor crônica e concluíram que os idosos com dor crônica que não foram tratados adequadamente mostraram um nível significativamente inferior nos componentes físicos do que aqueles sem dor crônica. Lawton (1991), afirma que a inserção do idoso em atividades físicas resulta em maior capacidade de autonomia, o que, por sua vez, pode melhorar a qualidade de vida (Matsudo *et al.*, 2001).

3.10 Dor no idoso e capacidade funcional

Com o avanço da idade, ocorre um declínio não linear da capacidade funcional dos diversos sistemas. Na mulher, o sistema musculoesquelético sofre grande influência das alterações hormonais impostas pela menopausa, podendo resultar em osteoporose, caracterizada por baixa densidade óssea e deterioração da microarquitetura, aumentando a fragilidade óssea (Navega e Oishi, 2007). A maior parte do declínio da capacidade física dos idosos é provocada pela atrofia por desuso, resultante de sedentarismo (Santos e Knijnik, 2006).

O ciclo dor-movimento é importante em idosos com doenças como a artrite. A dor interfere com o funcionamento físico e atua como uma barreira ao uso de atividades de lazer no tratamento da dor (Davis *et al.*, 2002). Interferências da dor, relacionadas com movimento, são mais comuns em mulheres do que em homens e aumentam com o avançar da idade. A dor interfere na capacidade funcional do dia a dia e é influenciada pela presença de comorbidades, assim como pela intensidade da dor (Scudds e Ostbye, 2001).

A capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos (Siqueira *et al.*, 2004) e a função é definida pela capacidade que o indivíduo tem de se adaptar aos problemas cotidianos e suas atividades (Rosa *et al.*, 2003). Na prática, trabalha-se com os conceitos de capacidade e incapacidade funcional para atividades diárias, desde a dificuldade até a impossibilidade de realizá-las (Rosa *et al.*, 2003). Os idosos são mais suscetíveis a complicações causadas pelo repouso prolongado no leito durante a hospitalização (Hirsch *et al.*, 1990), o que pode acarretar alterações na funcionalidade.

A avaliação da capacidade funcional vem se tornando um instrumento particularmente útil para medir o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente, que variam em intensidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana (Panazzolo, 2007). As AVD, AIVD e a mobilidade são medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo.

Idosos brasileiros referiram que a dor apresentava interferência principalmente no sono, no humor e no lazer (Panazzolo, 2007). As AVD que apresentaram associação significativa com a presença da dor foram: caminhar próximo a casa, levantar-se da cama, viajar, fazer compras,

preparar a própria refeição, fazer trabalhos domésticos e lidar com o próprio dinheiro (Panazzolo, 2007).

Outro estudo nacional com 298 idosos por Dellaroza *et al.* (2013), concluiu que a presença da dor crônica se mostrou associada a pior capacidade funcional avaliada por meio das atividades de vida diária básica e instrumentais e mobilidade.

Em estudo com americanos de uma comunidade, com 50 anos ou mais, os idosos com dor apresentaram frequência maior de limitações em todas as variáveis de funcionalidade e mobilidade avaliadas. Outro achado relevante foi que indivíduos de 50 a 59 anos com dor tiveram desempenho similar aos de 80 a 89 anos sem dor (Covinsky *et al.*, 2009).

Em população idosa canadense houve a interferência da dor no humor para cerca de 54%, no lazer em 44% e no sono em 40% dos idosos (Scudds e Ostbye, 2001). Em estudo de Trelha *et al.* (2006), a dor afetou o humor (47,6%) e o sono (33,3%).

3.11 Dor no idoso e religiosidade

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, significando “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”. Entende-se isso como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas. A espiritualidade tem seu papel reconhecido na saúde e qualidade de vida das pessoas (Clegg, 2006). A religião difere da espiritualidade por ser prática de certos rituais, específicos de cada religião, que induz ao contato com a espiritualidade (Brooks *et al.*, 2005). O centro da crença religiosa é a oração,

transformado ao longo do tempo em formas variadas de adoração, contemplação, penitência, comunhão, petição e graças. A espiritualidade manifesta a essência individual, ajuda na relação ambiental, intra e interpessoal, e é vital no processo de dar significado e finalidade à vida (Ladd e Spilka, 2002), especialmente quando existe um sofrimento (Nussbaum, 2003).

O conceito de religiosidade se refere a quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião (Koenig *et al.*, 2001). No idoso, as crenças religiosas parecem contribuir para a busca do equilíbrio pessoal, além de propiciar maiores condições ao indivíduo idoso de lidar com a dependência e com a tendência ao isolamento (Barricelli *et al.*, 2012).

Cada sociedade, cultura, grupo social e até cada família, desempenha um papel importante na experiência de dor assumindo uma linguagem e um comportamento próprios face à dor, fazendo com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento, como referem Budó *et al.* (2007). Brito e Almeida (2010), em pesquisa sobre a influência da cultura na percepção da dor, revelam que, do ponto de vista religioso, no catolicismo, a dor é vista como castigo divino, que não deve ser manifestada, para que a pessoa demonstre arrependimento pelos seus pecados.

A religiosidade se apresenta como uma ferramenta importante que pode contribuir para a abordagem de problemas relacionados à saúde e ao envelhecimento, já que apresenta relação positiva com qualidade de vida do idoso e pode contribuir de modo inegável para a promoção de sua saúde (Chaves *et al.*, 2014).

No Brasil, estudos encontrados na população idosa investigaram agravos crônicos entre idosos e as estratégias de enfrentamento utilizadas (Trentini *et al.*, 2005), além do enfrentamento do idoso institucionalizado frente às incapacidades funcionais (Vivan e Argimon, 2009). Observou-se que ter fé em Deus, buscar ajuda da família e de outras pessoas, trabalhar, frequentar grupos de idosos e cuidar da estética foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas nos idosos com agravos a saúde (Trentini *et al.*, 2005) enquanto que as estratégias mais utilizadas diante de situações de dificuldade funcional foram a de autocontrole (44,7%) e a de resolução de problemas (44,7%), seguidas pelas estratégias de suporte social, 39,8% (Vivan e Argimon, 2009). Chaves *et al.* (2014) investigaram a qualidade de vida, os sintomas depressivos e a relação destes com a religiosidade em idosos acompanhados em Unidade de Saúde da Família. Os resultados indicaram alto grau de satisfação em relação à qualidade de vida, embora 83% dos idosos tenham apresentado depressão leve. Concluiu-se que a religiosidade estava relacionada a melhores índices de qualidade de vida em idosos.

Alguns estudos indicam que a religiosidade pode ser um fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais, por exemplo, depressão, ansiedade e abuso de substâncias (Moreira-Almeida *et al.*, 2006; Koenig, 2009), além de estar associada a melhor qualidade de vida (Lucchetti *et al.*, 2011). Diversos fatores podem contribuir para o papel protetor da religião em relação à saúde mental (Koenig, 2009), como a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Powell *et al.*, 2003), o provimento de suporte social, o desenvolvimento de um sistema de crenças e processos cognitivos que

promovam maior aceitação de si e do próximo com promoção de resiliência (Powell *et al.*, 2003; Kaplan *et al.*, 2005) e a condução de práticas religiosas que aliviam o sofrimento psicológico (Moreira-Almeida *et al.*, 2006).

Conhecer os aspectos religiosos e culturais afeitos à pessoa com dor ajuda a determinar a tolerância à dor e influência na aceitação dos tratamentos utilizados (Roenn *et al.*, 2008). Krause e Bastida (2011) afirmam que as crenças espirituais e religiosas são utilizadas como forma de enfrentamento diante do sofrimento e se associam a melhor saúde percebida.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo e Local do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes idosos que participaram do GAMIA - Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial do Hospital das Clínicas, tem como objetivo a promoção da saúde e da qualidade de vida nos idosos, com duração de 10 meses.

De modo geral, a coleta dos dados foi realizada no consultório individualmente com cada paciente, ocorrido apenas uma recusa em decorrência do tempo para outra consulta na instituição. Durante a aplicação dos questionários de depressão e resiliência alguns idosos se emocionaram, sendo necessário acolhimento e necessitando de um tempo para que fosse retomada a coleta de dados.

Ao final das entrevistas, a pesquisadora agradecia a participação do paciente no estudo e solicitava que o paciente aguardasse o médico para finalizar sua consulta médica. Após o término do estudo, os pacientes mantiveram o seguimento nesse ambulatório.

4.2 Ética

Após aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) sob nº 44917, da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) (Anexo A), foi iniciada a coleta de dados no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguindo a resolução 466/12, os sujeitos de pesquisa entraram para o estudo (Anexo B).

4.3 Cálculo da Amostra

Baseado em estudo de Connor e Davidson, (2003) a variabilidade na escala de resiliência em pacientes na atenção primária foi de 18,4 pontos (Desvio padrão [DP] = 18,4 pontos), sendo a média de resiliência nesses pacientes igual a 71,8 pontos. De acordo com o estudo citado, esperou-se que pacientes com dor crônica apresentassem redução na escala de resiliência. Supondo-se redução média de 10 pontos na escala, com poder de 80% e confiança de 95%, a amostra necessária para realização do estudo foi estimada em 54 pacientes idosos com dor crônica e 54 idosos sem dor crônica (Kirkwood e Sterne, 2006).

4.4 Critérios de Inclusão

- Pessoas de ambos os sexos com idade maior ou igual 65 anos.
- Idosos capazes de fazer autorrelato e com avaliação de cognição de acordo com o Mini-Exame do Estado Mental (sem demência).
- Estar em acompanhamento no ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
- Ter participado do GAMIA.
- Idosos acima de 65 anos.

4.5 Critérios de Exclusão

- Idosos com quadros demenciais, de acordo com o Mini-Exame do Estado Mental.
- Incapacidade de compreender os instrumentos de avaliação utilizados.

4.6 Dinâmica do Estudo

Todos os pacientes atendidos no ambulatório eram inicialmente avaliados pelo médico responsável pelo atendimento em relação ao estado cognitivo do sujeito através do instrumento de Avaliação do Estado Mental (MEEM) - Mini Exame do Estado Mental, instrumento já padronizado no serviço como rastreio de avaliação cognitiva do idoso (Apêndice A). No entanto, devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os

escores totais do MEEM, autores como Bertolucci *et al.* (1994), Brucki *et al.* (2003) adotaram notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Assim, foi utilizada a nota de corte proposta por Brucki *et al.* (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados.

Caso apresentassem adequada capacidade cognitiva, era acionado o pesquisador para convidar o idoso a participar da pesquisa após a consulta ambulatorial, enquanto os médicos residentes discutiam os casos dos respectivos pacientes.

A abordagem inicial foi feita pela pesquisadora, se apresentando aos idosos e explicando em que consistiria sua participação no estudo, e qual o objetivo da pesquisa. Eram apresentados os questionários que seriam aplicados: depressão, qualidade de vida, funcionalidade, religiosidade e resiliência, pela própria pesquisadora que iria explicar cada um deles e que a mesma iria preenchê-los com as respostas dadas pelo paciente. Caso o sujeito apresentasse dor, também responderia a questionário sobre dor crônica.

Foi esclarecido que o tempo médio era de 20 minutos para essa atividade e, caso se sentisse cansado, poderia parar ou desistir a qualquer momento, se tivesse quaisquer dúvidas em relação às perguntas, as mesmas seriam explicadas até que se sentisse esclarecido sobre o assunto

abordado. Caso aceitasse a participar da pesquisa, era lido o TCLE e solicitada a sua assinatura de consentimento.

Foram aplicados os seguintes questionários validados para o português:

- **Escala de Depressão em Geriatria (GDS):** A EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. A EDG constitui o instrumento mais empregado para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas, sendo usada em pesquisa e em contextos clínicos (Blank *et al.*, 2004), sendo escolhida para ser usada no estudo. Após todos os 15 itens serem respondidos (sim ou não), e dados os escores de pontos para as respostas, foram somadas as respostas e quando o valor final fosse maior que 5, era considerado deprimido (Apêndice B).

- **Medida da Independência Funcional (MIF):** A MIF é uma escala de avaliação que têm por objetivo medir o grau de independência funcional do indivíduo. Entre as atividades avaliadas dos dois domínios motor e o cognitivo estão o autocuidado, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social (Apêndice C). Cada dimensão é analisada pela soma de suas categorias referentes de 1 a 7, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões do instrumento, chega-se a um escore total mínimo de 18 e o

máximo de 126 pontos, que caracterizam os níveis de dependência pelos sub escores (Viana *et al.*, 2008). O resultado pode mostrar: *dependência completa* (assistência total); 19 - 60 pontos: *dependência modificada* (assistência de até 50% da tarefa); 61 - 103 pontos: *dependência modificada* (assistência de até 25% da tarefa) e 104 - 126 pontos: *independência completa/modificada* (Riberto *et al.*, 2001).

- **Questionário de Qualidade de Vida SF-36:** (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, traduzida para o português por Ciconelli *et al.*, 1999). Apesar de existirem ainda poucos instrumentos de qualidade de vida desenvolvidos especificamente para a população idosa, alguns estudos têm utilizado instrumentos genéricos como o Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) em populações idosas (Paschoal, 2002). Algumas estratégias vêm sendo aplicadas para facilitar a utilização do instrumento em populações idosas, dentre elas: realizar a aplicação do instrumento através de entrevistas (Mahony *et al.*, 1998). Mesmo com muitas questões ainda em aberto, o SF-36 tem se apresentado aparentemente como uma medida confiável e válida, ainda quando utilizada em idosos frágeis (Stadnyk *et al.*, 1998). O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão

comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor (Apêndice D).

- **Escala de Resiliência de Connor-Davidson** (Connor e Davidson, 2003): avalia a capacidade do sujeito de enfrentar as adversidades e superar os obstáculos vividos no decorrer da vida. Trata-se de um instrumento formado por 25 itens. Cada item é pontuado em uma escala Likert de 5 pontos (0= nenhum pouco verdadeiro, 1= raramente verdadeiro, 2= às vezes verdadeiro, 3= frequentemente verdadeiro e 4= quase sempre verdadeiro), que quantifica a resiliência no contexto da exposição ao trauma. Quanto maior o resultado final da avaliação, maior a capacidade de resiliência. A CD-RISC talvez seja a escala de resiliência que mais tem recebido refinamentos, adaptações culturais e estudos de validação. A utilizada no estudo foi traduzida e validada para o português - Brasil por Solano (2016). Optou-se por usar essa escala por conhecer a escala (Apêndice E).

A Escala de Religiosidade foi a última escala a ser aplicado no grupo de idosos sem dor crônica.

- **Escala de Religiosidade de Duke (DUREL)** (traduzida para o português por Moreira-Almeida *et al.*, 2008): avalia o grau de religiosidade presente na vida das pessoas. A mensuração abrange três diferentes dimensões da religiosidade, a saber: organizacional (frequência a serviços religiosos), não-organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão) e religiosidade intrínseca (sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às

suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente). Consta apenas de cinco itens, os quais fornecem um escore final que varia de 5 a 27 e corresponde a uma medida objetiva do grau de religiosidade de um indivíduo (Apêndice F).

Após essa avaliação era perguntado ao paciente: “O senhor ou senhora tem dor crônica, ou seja, há mais de 6 meses no mesmo local?” Caso afirmativo aplicava-se a Escala de Graduação de Dor Crônica.

- **Escala Graduada de Dor Crônica:** foi desenvolvida visando proporcionar um método breve e simples para graduar a gravidade da dor crônica ou recorrente, para uso em inquéritos populacionais e em estudos de pacientes com dor em estabelecimentos de atendimento primário (von Korff, 2001) (Apêndice G). Foi usada a versão traduzida para o português de Bracher *et al.* (2008).

4.7 Estatística

As características pessoais foram descritas e analisadas entre os grupos com uso de testes comparativos para as medidas quantitativas e testes de associação para as medidas qualitativas (Kirkwood e Sterne, 2006).

Os valores das variáveis quantitativas foram descritos por médias e desvios padrão e valores mínimos e máximos. Ainda que a distribuição amostral dos valores fosse assimétrica, a descrição foi feita pela média para permitir melhor visualização dos resultados, já que a mediana em muitas vezes coincidia com o valor do 1º quartil ou do 3º quartil. A descrição das variáveis

qualitativas foi feita por frequências absolutas e porcentagens. As comparações entre os grupos de interesse quanto a variáveis qualitativas foram realizadas por testes de qui-quadrado ou por testes exatos de Fisher nos casos em que foram observadas frequências esperadas menores que cinco nas tabelas de dupla entrada. As comparações quanto às variáveis quantitativas foram realizadas por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis, dada a incompatibilidade com a distribuição normal. A avaliação dos fatores associados à alta resiliência (>75) foi feita por meio de modelos de regressão logística binária e os resultados foram apresentados por razões de chances, intervalos de confiança de 95% e valores de p.

O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas com o uso do pacote R (versão 3.1.3). Foram calculadas as correlações entre as escalas de depressão (GDS) e escala de resiliência através do uso do teste de correlação de Spearman. Os dados foram analisados com uso do software SPSS versão 20.0.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra estudada

A amostra foi constituída por 108 idosos, sendo 54 com dor e 54 sem dor. Setenta e três eram mulheres (67,6%) e a idade mais frequente foi 80 anos ou mais (42 indivíduos - 39,6%). Trinta e um idosos tinham idade entre 75 e 80 anos incompletos (29,2%), 24 tinham idade entre 70 e 74 anos incompletos e nove entre 65 e 70 anos incompletos (8,5%). A idade média dos indivíduos foi 79,9 anos.

Quanto ao estado civil, 31 (28,7%) eram casados, 26 (24,1%) solteiros, 45 (41,7%) viúvos e 6 (5,6%) divorciados, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo, idade e estado civil nos grupos de idosos com e sem dor. São Paulo, 2016

	Grupo	
	Sem dor (n=54)	Com dor (n=54)
Sexo		
Feminino	30 (55,6%)	43 (79,6%)
Masculino	24 (44,4%)	11 (20,4%)
Estado civil		
Solteiro	10 (18,5%)	16 (29,6%)
Casado	20 (37,0%)	11 (20,4%)
Viúvo	22 (40,7%)	23 (42,6%)
Divorciado	2 (3,7%)	4 (7,4%)
Faixa etária		
Acima de 60 anos	0 (0%)	0 (0%)
65 a 70 anos incompletos	2 (3,8%)	7 (13,2%)
70 a 75 incompletos	10 (18,9%)	14 (26,4%)
75 a 80 incompletos	17 (32,1%)	14 (26,4%)
mais de 80 anos	24 (45,3%)	18 (34,0%)

No grupo de idosos com dor os locais citados foram: joelhos por 17 (27%) sujeitos, região lombar por 12 (19%), ombro em 9 (14%), 8 (13%) idosos citaram os membros inferiores (MMII), 7 (11%) os membros superiores (MMSS) e, um sujeito em cada local a seguir: quadril e região 3% e os demais locais 2%. Cerca de 20 idosos referiram mais de um local de dor. Os dados estão representados no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Grupo de idosos com dor e o local da dor. São Paulo, 2016

Quanto ao tempo de duração da dor nos idosos portadores de dor crônica, 22 (40,7%) idosos relataram dor entre um e cinco anos incompletos, 13 (24,1%) com tempo entre cinco a 10 anos incompletos, 14 (25,9%) com tempo maior que 10 anos e 5 (9,3%) com dor há menos de um ano e mais de seis meses (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Grupo de idosos em relação ao tempo de dor. São Paulo, 2016

Não foi possível investigar a relação capacidade funcional no grupo de idosos com e sem dor crônica, pois nenhum sujeito apresentou impacto na capacidade funcional, sendo 100% dos sujeitos totalmente independentes.

5.2 Resiliência em idosos com e sem dor crônica

A resiliência no grupo sem dor foi de $80,1 \pm 7,4$ e no grupo com dor de $69,4 \pm 13,4$. As resiliências nos dois grupos foram significativamente diferentes ($p < 0,001$) como mostra a Tabela 2. A resiliência não variou em função da faixa etária em nenhum dos dois grupos (com e sem dor) (Tabela 2).

Tabela 2 - Grupo de idosos sem e com dor de acordo com a resiliência. São Paulo, 2016

Resiliência	Grupo		p
	Sem dor (n=54)	Com dor (n=54)	
Média (Desvio padrão)	80,1 (7,4)	69,4 (13,4)	<0,001 ^a

^a: Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A estrutura fatorial da escala CD RISC adaptada para o Brasil, identifica quatro fatores principais: tenacidade, adaptabilidade-tolerância, amparo e intuição. Ao analisar esses fatores (média) entre os grupos sem e com dor, observou-se evidências de maiores valores de tenacidade ($p<0,001$), adaptabilidade ($p<0,001$), amparo ($p=0,009$) e intuição ($p=0,005$) no grupo sem dor (Tabela 3). De forma geral, observou-se variabilidade menor no grupo sem dor.

Tabela 3 - Frequência dos fatores da CD RISC nos grupos de idosos com e sem dor crônica. São Paulo, 2017

	Grupo			
	Com dor		Sem dor	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Tenacidade	27,3	4,8	34,3	3,0
Adaptabilidade	22,8	4,7	26,9	3,1
Amparo	8,2	3,2	9,9	1,8
Intuição	5,2	1,5	5,9	1,5

5.3 Depressão em idosos com e sem dor crônica

A relação de depressão entre os grupos sem e com dor, os resultados das comparações mostraram significância em relação à depressão ($p<0,001$). A depressão mostrou-se associada à presença de dor crônica nos idosos de acordo com a GDS, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Relação de depressão de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) entre os grupos sem e com dor. São Paulo, 2016

	Grupo		p
	Sem dor (n=54)	Com dor (n=54)	
GDS			
Negativo	54 (100,0)	35 (64,8)	<0,001 [#]
Positivo	0 (0,0)	19 (35,2)	

#: Teste de qui-quadrado

5.4 Qualidade de vida em idosos com e sem dor crônica

A relação entre qualidade de vida nos grupos de idosos com e sem dor é mostrada na Tabela 5. Os resultados demonstram que a qualidade de vida, mensurada pelo instrumento SF 36, foi menor no grupo com dor em todos os domínios ($p < 0,001$).

Tabela 5 - Distribuição entre qualidade de vida nos grupos com e sem dor de acordo com o instrumento SF-36. São Paulo, 2016

SF36	Grupo		p
	Sem dor (n=54)	Com dor (n=54)	
Aspectos físicos			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	100,0 (0,0; 100,0) (80,0;100,0)	0,0 (0,0; 100,0) (0,0; 75,0)	<0,001 ^a
Aspectos sociais			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	100,0 (50,0; 100,0) (90,0; 100,0)	87,50 (0,0; 100,0) (52,75; 100,0)	0,001 ^a
Capacidade funcional			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	100,0 (0,0; 100,0) (90,0; 100,0)	85,0 (0,0; 100,0) (60,0; 100,0)	0,001 ^a
Dor			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	100,0 (54,0; 100,0) (90,0; 100,0)	51,0 (21,0; 100,0) (41,0; 61,75)	<0,001 ^a
Emocional			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	100,0 (0,0; 100,0) (90,0; 100,0)	70,0 (0,0; 100,0) (0,0; 100,0)	0,001 ^a
Estado de saúde			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	90,0 (37,0; 100,0) (80,0; 97,0)	78,0 (0,0; 100,0) (62,0; 87,0)	<0,001 ^a
Saúde mental			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	90,0 (0,0; 100,0) (80,0; 100,0)	60,0 (0,0; 100, 0) (33,0; 88,0)	<0,001 ^a
Vitalidade			
Mediana (Mínimo, Máximo) (1º quartil, 3º quartil)	90,0 (25,0; 100,0) (80,0; 90,0)	70,0 (0,0; 100,0) (40,0; 85,0)	<0,001 ^a

Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

5.5 Religiosidade em idosos com e sem dor crônica

Não houve diferença quanto a religiosidade entre os idosos com e sem dor em todos os domínios da escala de Duke (Tabela 6).

Tabela 6 - Relação da religiosidade entre os grupos com e sem dor de acordo com a Escala de Duke. São Paulo, 2016

Religiosidade	Grupo		p
	Sem dor (n=54)	Com dor (n=54)	
organizacional			
Média (Desvio padrão)	2,6 (1,8)	2,7 (1,8)	0,677 a
(Mínimo - Máximo)	(1,0 - 6,0)	(1,0 - 6,0)	
Não organizacional			
Média (Desvio padrão)	1,9 (1,3)	1,9 (1,2)	0,923 a
(Mínimo - Máximo)	(1,0 - 6,0)	(1,0 - 6,0)	
Intrínseca			
Média (Desvio padrão)	3,9 (2,4)	3,8 (2,2)	0,714 a
(Mínimo - Máximo)	(3,0 - 13,0)	(3,0 - 15,0)	

^a: Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

5.6 Resiliência e depressão nos idosos

Foram analisadas as variáveis com o grupo de idosos com e sem dor, ou seja, 108 sujeitos e a relação da resiliência com a depressão. Houve associação entre resiliência e depressão, sendo a mediana da resiliência maior no grupo sem depressão segundo a GDS (Tabela 7).

Tabela 7 - Relação entre resiliência e depressão em ambos os grupos. São Paulo, 2016

	GDS		valor p
	Negativo	positivo	
Resiliência*	76,00 [24,00; 93,00]	63,00 [46,00; 84,00]	0,009

*: Mediana (1º quartil, 3º quartil). Comparação por teste de Mann-Whitney

5.7 Resiliência e qualidade de vida nos idosos

A relação entre resiliência e a qualidade de vida de acordo com o SF-36, houve relação significativa nos domínios aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, vitalidade e saúde mental com a resiliência em ambos os grupos. Os domínios citados estão relacionados a índices de menor resiliência (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da relação entre resiliência e qualidade de vida em cada domínio em ambos os grupos. São Paulo, 2016

SF-36	Amostra (108 idosos)	
	Coefficiente de correlação * com resiliência	Valor p
Capacidade funcional	0,090	0,356
Aspectos físicos	0,426	<0,001
Aspectos sociais	0,089	0,358
Vitalidade	0,308	0,001
Dor	0,350	<0,001
Estado de saúde	0,370	<0,001
Emocional	0,025	0,800
Saúde mental	0,447	<0,001

* Coeficiente de correlação de Spearman

5.8 Resiliência e religiosidade nos idosos

A associação da religiosidade (Escala de Duke) com resiliência ocorreu apenas no aspecto da religiosidade organizacional. Esse aspecto se refere a frequência de encontros religiosos, como por exemplo: missas, cultos, cerimônias e etc. (Tabela 9).

Tabela 9 - Correlação entre resiliência e religiosidade. São Paulo, 2016

Religiosidade	Amostra (108 idosos)	
	Coefficiente de correlação *	Valor p
Organizacional	-0,262	0,006
Não organizacional	-0,117	0,226
Intrínseca	-0,090	0,353

* Coeficiente de correlação de Spearman

5.9 Resiliência e avaliação de dor crônica nos idosos

Não houve relação entre resiliência e avaliação de dor crônica quanto ao grau, interferência e persistência da dor de acordo com a EGDC, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10 - Relação entre resiliência e avaliação de dor de acordo com a escala graduada de dor crônica. São Paulo, 2016

		Resiliência		valor p
	Número de observações	Média (desvio padrão)	Mínimo - Máximo	
Grau de dor				
GRAU I	13	66,9 (12,3)	48 - 84	0,595 ^b
GRAU II	33	70,3 (13,9)	24 - 93	
GRAU III	8	69,3 (14,5)	36 - 80	
Interferência da dor				
Baixa	46	68,2 (14,0)	24 - 93	0,110 ^a
Alta	8	75,9 (6,4)	63 - 81	
Persistência da dor				
Não	8	69,4 (11,7)	48 - 81	0,884 ^a
Sim	46	69,3 (13,8)	24 - 93	

^a: Teste não paramétrico de Mann-Whitney. ^b: Teste de Kruskal-Wallis

6 DISCUSSÃO

Este estudo procurou avaliar resiliência na população de idosos com e sem dor crônica. Também foram analisadas outras variáveis de interesse nesta população, como depressão, qualidade de vida, capacidade funcional e religiosidade. A população escolhida foi composta de idosos oriundos do Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso (GAMIA) do HC-FMUSP, atendidos no Ambulatório de Geriatria da mesma instituição. Foram estudados 108 idosos, sendo 54 idosos portadores de alguma dor crônica e 54 idosos sem dor crônica.

A presença de dor foi observada mais em mulheres idosas (79,6%) semelhante a outros estudos. Estudo realizado no Brasil por Vasconcelos *et al.* (2009) com 934 idosos com dor mostrou que as mulheres foram mais acometidas (70,6%; n=337) do que os homens (29,4%; n=140), observando-se maior prevalência (52,5%) entre os idosos de 75 a 84 anos. Dellaroza *et al.* (2008) em amostra de 172 idosos, observaram que mulheres referiram dor crônica (40,7%) mais frequentemente que os homens (21,5%). A média da idade na população estuda foi de 79,9 anos.

Os locais de dor mais frequentes nesta amostra foram joelhos com 27%, região lombar 19%, ombro 14%, membros inferiores 13%, membros superiores 11%. Alguns estudos convergem com dados encontrados por Lacerda *et al.* (2005), que numa população de 102 idosos, os locais mais

prevalentes foram a coluna lombar (44,4%), membros inferiores (40,7%), joelhos (25,9%), coluna cervical e membros superiores (14,8%) respectivamente. No estudo de Pimenta e Teixeira (2000), foram avaliados 990 indivíduos com idade superior a 65 anos, observou-se como localizações mais frequentes de dor, as articulações (50%), região lombar (42%) e aquelas localizadas em membros inferiores (41%). No estudo atual, o local da dor mais prevalente foi em joelhos, 28%, que é articulação importante na mobilidade do ser humano e seu comprometimento pode levar a incapacidades funcionais nos idosos.

Em relação ao tempo de dor, idosos com dor entre 1 e 5 anos foram mais frequentes, com 40,7% dos casos, seguidos dos idosos que apresentaram dor há mais de 10 anos, 25,9%. Estudo realizado por Dellaroza *et al.* (2013) com 1271 idosos na cidade de São Paulo mostrou que 13,4% sentiam dor entre 1 a 2 anos e 77,4% há mais de 2 anos.

A resiliência teve comportamento diferente nos dois grupos. Ela foi menor nos idosos com dor crônica ($69,4 \pm 13,4$) e maior no grupo sem dor ($80,1 \pm 7,4$). A resiliência não variou em função da faixa etária em nenhum dos dois grupos (com e sem dor crônica). No Brasil em estudo realizado por Lopes e Martins (2011) que aplicou a Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), na versão apresentada e reduzida por Campbell-Sills e Stein (2007) com 10 itens (CD-RISC-10) abreviada e que concentra “as características fundamentais da resiliência” (Campbell-Sills e Stein, 2007), em 463 indivíduos de uma população geral mostrou que a média de pontuação foi 29,07, considerando valor total dessa escala de 40 pontos.

No Rio Grande do Sul, Oltramari (2010), que relacionou resiliência em idosos com e sem dor crônica, mostrou que o escore de resiliência identificado na amostra foi alto nos idosos. O estudo de Schure *et al.* (2013) mostrou em um grupo de idosos que, utilizando a CD RISC 10, 25% dos entrevistados relataram baixa resiliência, 41% relataram resiliência média, e 34% relataram alta resiliência.

Quanto ao grau de dor crônica, 20% estavam sem dor, 40% tinham baixa intensidade, 17% alta intensidade, 10% eram moderadamente limitantes, e 14% a dor limitava bastante suas atividades.

A resiliência pode auxiliar os idosos a lidar de forma positiva com a dor crônica. Sturgeon e Zautra (2010) sugeriram que os mecanismos positivos protegem contra o sofrimento da dor e a incapacidade, e pode explicar a sustentabilidade de uma boa qualidade de vida de pacientes com dor crônica. Na verdade, ter boa resiliência parece desempenhar um papel de proteção em pacientes com osteoartrite (Wright *et al.*, 2008), fibromialgia (Zautra *et al.*, 2005 e 2007) e artrite (Smith e Zautra, 2008b). Ramírez-Maestre *et al.* (2012) sugerem que a resiliência seja uma variável relevante para a prevenção de dor crônica e funcionamento físico nos pacientes com dor crônica. E ainda, está associada com níveis mais elevados de aceitação da dor e enfrentamento. Níveis mais baixos de intensidade de dor (Ong *et al.*, 2010), de deficiência (Karoly e Ruehlman, 2006), catastrofização (Karoly e Ruehlman, 2006; Ong *et al.*, 2010) e angústia (Smith e Zautra, 2008a; White *et al.*, 2010) estão associados à maior resiliência.

Smith e Zautra (2008b) reforçam que a resiliência pode ter um papel importante na prevenção do sofrimento da dor crônica. No entanto, há poucos estudos sobre os efeitos da resiliência entre os pacientes com dor crônica (Karoly e Ruehlman, 2006).

Ong *et al.* (2010) afirmam que um recurso que ajuda os indivíduos a resistirem aos efeitos deletérios da dor no seu funcionamento diário, bem como na recuperação de déficits relacionados com a dor, são elevados níveis de emoção positiva. Evidências recentes indicam que aqueles indivíduos que têm maior resiliência apresentam menores níveis de catastrofização e mais experiências de emoções positivas do que aqueles com baixos níveis de resiliência, e que emoções positivas mediam o processo de recuperação para pessoas que são psicologicamente mais resilientes. Pessoas que normalmente relatam altos níveis de emoção positiva podem sustentar esses sentimentos em face aos efeitos negativos, mostrando maior equilíbrio emocional, melhor adaptação ao estresse e recuperação mais rápida (Ong *et al.*, 2006).

Pesquisas sobre resiliência e dor crônica em idosos são escassas. Resultados do presente estudo mostraram que menor resiliência esteve associada à dor crônica. E ao analisar os quatro fatores da resiliência (tenacidade, tolerância, amparo e intuição) e a diferença entre os dois grupos (com e sem dor), a redução na resiliência se mostrou consistente e presente em todos os fatores analisados, em especial, nos fatores: tenacidade e tolerância-adaptabilidade, que condiz com a análise realizada na versão brasileira, onde foram encontrados autovalores de 10,2; 1,5; 1,2 e

1,1 que representaram 40,8%, 5,8%, 4,7% e 4,3% da variância total respectivamente, permitindo propor a tenacidade e a adaptabilidade-tolerância como as mais importantes, de acordo com as propriedades psicométricas encontradas na versão brasileira (Solano, 2016).

Parece que quando idosos estão com dor, eles usam estratégias de enfrentamento mais eficazes do que as pessoas mais jovens (ou, dito de outra forma, eles "sabem o que funciona" para eles) e usam essas estratégias de forma mais consistente e com maior efeito do que as pessoas mais jovens (Meeks *et al.*, 1989, Moos *et al.*, 2006). Há algumas evidências preliminares de que idosos usam certas estratégias de enfrentamento da dor (como descansos e passeios) de forma consistente, dia após dia, independentemente dos episódios de dor, enquanto que os adultos mais jovens podem demorar para buscar esforços de enfrentamento com a piora da dor (Molton *et al.*, 2008).

A dor crônica esteve relacionada à menor resiliência, diferente do encontrado por Oltramari (2010), mas não é possível a partir do presente estudo, estabelecer relação causal entre resiliência e dor crônica, sendo possível pensar que pacientes com resiliência menor tendem a ter mais dor crônica, assim como a dor crônica em pacientes possa levar à diminuição da resiliência. Para a resposta a esta questão seria necessário um estudo longitudinal ao longo do tempo dos pacientes ou estudo de intervenção (sobre a dor ou resiliência).

A prevalência de depressão em idosos é bastante variável, entre 10% e 78% segundo alguns autores (Buckberg *et al.*, 1984; Bonica, 1985; Ward,

1990; Merskey, 1994a). Varia muito em função do tipo de idoso, se oriundo da comunidade, em unidade de atenção primária, hospitalizado ou o idoso em instituição de longa permanência. Na população geral da comunidade, a depressão ocorre em 5% dos idosos (Beekman *et al.*, 1999; Katon *et al.*, 2003; Steffens *et al.*, 2009; Byers *et al.*, 2010). À medida que o idoso se torna uma pessoa mais doente e dependente, a prevalência de depressão aumenta (Glover e Srinivasa, 2013).

A avaliação de depressão na amostra mostrou que os idosos com dor apresentaram diagnóstico de depressão em maior quantidade que os idosos sem dor crônica. Ocorreu em 35,2% dos pacientes com dor e não foi encontrada nos pacientes sem dor. A depressão é considerada juntamente com a ansiedade como as morbidades psiquiátricas mais frequentes em portadores de dor crônica.

Em idosos com dor crônica a taxa de depressão é estimada em 19% a 28% no estudo realizado por Gleicher *et al.* (2011). Há alguns estudos recentes que também têm demonstrado que a dor crônica está associada à presença de ideação suicida em pessoas idosas (Tektonidou *et al.*, 2011; Almeida *et al.*, 2012). A dor e depressão podem apresentar efeito de retroalimentação, onde o aumento da dor pode promover aumento da depressão e vice-versa (Chou, 2007).

Estudo realizado na cidade de São Paulo por Pimenta e Teixeira (2000) com 92 pacientes oncológicos divididos em dois grupos (com e sem dor), concluiu que dor e depressão caminham juntas e uma agrava a outra. Observou-se nesta pesquisa que os escores de depressão eram

significativamente mais elevados no grupo de doentes com dor que nos doentes sem dor. Clark *et al.* (1983) desenvolveram estudo para discriminar quais itens do Inventário de Depressão de Beck poderiam melhor prever a intensidade da depressão. Concluíram que a presença concomitante de ideação suicida, sensação de fracasso, sensação de culpa, isolamento social, indecisão e perda de satisfação podem, todos, serem critérios para a determinação da intensidade da depressão e, que a depressão, não é mascarada pela presença de doença física.

Lavin e Park (2011) e Tektonidou *et al.*, (2011) afirmam que aproximadamente um em cada quatro adultos mais velhos com dor crônica está em risco de depressão, e, para estes indivíduos, as consequências dessa alteração de humor incluem resultados muito graves, como piora na função física, isolamento social e ideação suicida.

Em estudo realizado na Holanda com idosos em dois grupos com e sem depressão mostrou que os participantes deprimidos relataram mais locais de dor, mais dias de dor nos últimos seis meses, e maior intensidade de dor e incapacidade, comparado com o grupo sem depressão (Hanssen *et al.*, 2014).

Na amostra do presente estudo, mais de um terço dos pacientes com dor apresentavam depressão, expondo estes pacientes aos dois sofrimentos causados pela depressão e pela dor crônica. A alteração de humor é uma característica comum entre os pacientes com dor crônica, porém na população idosa parece ser pouco valorizada. Um dado interessante encontrado foi a ausência de depressão no grupo de idosos sem dor crônica, eventualmente, em função do tamanho da amostra, que foi calculada para a variável resiliência e não para as outras variáveis.

A intensidade da dor e a mobilidade física podem prever as limitações funcionais e são intensamente influenciadas por outros fatores como estratégias de enfrentamento e humor (Baron *et al.*, 1987; Keefe *et al.*, 1987; Dekker *et al.*, 1992; McAlindon *et al.*, 1993; Hopman-Rock *et al.*, 1997; Steultjens, 2001). No entanto, no presente estudo não foi possível fazer a relação entre os grupos de idosos com e sem dor crônica e a medida da incapacidade funcional, pois em ambos os grupos todos os idosos eram independentes e não tinham nenhum impacto negativo em suas capacidades funcionais, ou seja, todos tinham independência funcional.

Em relação à QV pode-se observar que a qualidade de vida foi pior nos pacientes do grupo com dor, ocorrendo em todos os domínios. A dor comprometeu a capacidade funcional, no aspecto físico (mesmo não mostrando impacto na avaliação da capacidade funcional, conforme citado anteriormente), social, emocional, na vitalidade, dor, saúde mental e estado geral de saúde. Estes dados estão de acordo com o que mostram vários estudos, em que a qualidade relacionada à saúde é menor em pacientes com dor crônica do que nos indivíduos saudáveis (Stewart *et al.*, 1989; Kempen *et al.*, 1997; Schlenk *et al.*, 1998; Haythornthwaite e Benrud-Larson, 2000; Bergman *et al.*, 2004; Pagano *et al.*, 2004; Otto *et al.*, 2007; Gustorff *et al.*, 2008; Gormsen *et al.*, 2010). Muitos autores sugerem que a dor seja a principal causa da baixa qualidade de saúde de vida (Svendensen *et al.*, 2005; Gormsen *et al.*, 2010). Estudo realizado por Adorno e Neto (2013) com pacientes adultos com lombalgia crônica mostrou escores significativamente menores em todos os aspectos de saúde relacionados com qualidade de

vida (SF-36) em relação a pessoas saudáveis. Dor crônica tem consequências negativas para a saúde geral (Becker *et al.*, 1997) e para o bem-estar social e psicológico (Gureje *et al.*, 1998; Lamé *et al.*, 2005).

Behrouz *et al.* (2012), em estudo com 160 idosos divididos em 04 grupos: dois grupos divididos entre idosos ativos e sedentários com osteoartrite e ainda mais dois grupos ativos e sedentários saudáveis, compararam a qualidade de vida. Os resultados mostraram que o grupo saudável ativo de idosos teve QV significativamente maior que os outros três grupos. E, mesmo o grupo de idosos ativos com osteoartrite tinham melhor QV do que os grupos sedentário com osteoartrite e o saudável. O estudo concluiu que a atividade física é um importante aspecto na QV. A diminuição na QV nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crônica pode afetar também a manutenção da autonomia do idoso, o que poderá limitar o desempenho de suas atividades cotidianas, tornando-o dependente dentro de seu contexto social, econômico e cultural (Lung *et al.*, 2004).

Cunha e Mayrink (2011) em estudo transversal descritivo, exploratório com uma amostra composta por 50 idosos, com diagnóstico clínico de dor crônica e idade igual ou superior a 60 anos, e utilizando como instrumento de avaliação questionário de QV, observaram pequena relação entre a intensidade de dor e o domínio físico e o domínio psicológico.

Sabe-se que não existe um escore mínimo aceitável de qualidade de vida em idosos, principalmente em relação à dor crônica. Porém, como foi observado, estudos têm mostrado que a dor crônica, principalmente em idosos, afeta diretamente sua funcionalidade gerando um sentimento de impotência e incerteza podendo acarretar tristeza e isolamento social, afetando assim diversos aspectos da vida do idoso.

No presente estudo foi realizada a análise da correlação entre resiliência e depressão, e foi observado que a resiliência é inversamente proporcional à depressão. Os idosos deprimidos apresentaram resiliência menor, 63 pontos, e idosos não deprimidos tiveram índice de resiliência mais alto, 76 pontos. A relação entre baixa resiliência e transtornos de humor já foi mostrada (Pollack *et al.*, 2004; Degnan e Fox, 2007). Aroian (1997), Heilemann *et al.* (2003) e Bonnano (2004) afirmam que indivíduos com menor resiliência apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão e somatizações. Em população americana, acima de 50 anos, resiliência e depressão tinham associações significativas na autoavaliação e sua relação com o envelhecimento (Jester *et al.*, 2013). O suporte no processo de envelhecer pode ser tão forte quanto o de reduzir deficiência física, sugerindo um papel importante para a psiquiatria na promoção do envelhecimento bem-sucedido.

Idosos chineses da comunidade quando avaliados quanto a resiliência, sintomas depressivos e eventos estressantes da vida, mostraram que o maior número de eventos estressantes na vida e menores níveis de resiliência estiveram associados com maiores níveis de

sintomatologia depressiva (Lin *et al.*, 2015). Os estudos em populações americana, chinesa e o presente estudo parecem mostrar que a associação entre resiliência baixa e depressão não parece sofrer importante influência cultural ou étnica.

Na associação da resiliência e qualidade de vida, o estudo mostrou menor índice de resiliência relacionado aos domínios físicos, estado geral de saúde, mental e dor. Alguns estudos como de Ravandi *et al.* (2013), com indivíduos numa população geral com dor crônica mostraram que a resiliência pode prever a qualidade de vida. A análise indicou que pontuação elevada na resiliência poderia antecipar positivamente a qualidade de vida. No presente estudo houve associação entre piora do estado geral de saúde, mental e dor com menor resiliência. Assim, idosos com níveis mais elevados de resiliência têm melhor qualidade de vida. Da mesma maneira que Ravandi *et al.* (2013), foi observada piora do domínio de saúde mental associado à menor resiliência, evidenciando a importância da resiliência na domínio psíquico da qualidade de vida. Altos níveis de resiliência também refletem maiores níveis no domínio social da qualidade de vida. Um estudo longitudinal mostrou que os idosos com melhores índices de resiliência tinham melhor aspecto físico e saúde mental (Shen e Zeng, 2010). O presente estudo mostrou associação entre resiliência e qualidade de vida em idosos na maior parte de seus domínios.

Resiliência e religiosidade estiveram relacionadas apenas no aspecto organizacional, que se refere à frequência a encontros religiosos como missas e cultos. Nos aspectos não-organizacionais da religiosidade, como

rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão e religiosidade intrínseca (sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças) não houve associação com a resiliência. Assim, existe a possibilidade que frequência a eventos como missas e cultos, que são eventos de interação social com um grupo maior de pessoas seja mais afetado pela resiliência, ou vice-versa, do que a religiosidade intrínseca, que é mais individual.

Em estudo recente brasileiro, realizado em uma cidade de Minas Gerais com idosos, foram avaliadas a QV, depressão e religiosidade. Os resultados revelaram que os idosos apresentaram elevado índice de religiosidade, que esteve associado de forma positiva à qualidade de vida, mas não teve relação com os sintomas depressivos. Os autores concluíram que a religiosidade está relacionada a melhores índices de qualidade de vida em idosos (Chaves *et al.*, 2014).

Mesmo sendo pequeno o número de estudos entre religiosidade e resiliência, parece que as formas de enfrentamento da dor como a religiosidade/espiritualidade têm se mostrado importantes (Castro *et al.*, 2008) e associadas ao controle do estresse (Oliveira *et al.*, 2008), também podendo auxiliar na maneira de lidar com a dor. Em relação ao enfrentamento e a busca pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual, há evidências de mudanças fisiológicas relacionadas à religiosidade/espiritualidade (Wachholtz *et al.*, 2007; Anderson, 2008; Chapman *et al.*, 2008; Johnstone *et al.*, 2008), independentemente da religião em si (Oliveira *et al.*, 2008).

Saul (2015), observou que a religiosidade foi um aspecto citado como importante no enfrentamento da dor crônica em idosos. Laughlin (2013) que investigou a relação entre a resiliência aferida pela CD RISC 25 e religiosidade pela Brief RCOPE, encontrou uma moderada relação entre resiliência e enfrentamento positivo. A religião contribui para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece (Cardoso e Ferreira, 2009). Afirmam, ainda, que a religião é benéfica aos idosos, lhes permitindo perceber as suas experiências de vida, aumentar o controle sobre si e sobre os seus sentimentos.

O estudo de Rippentrop *et al.* (2005) avaliou a relação entre religião/espiritualidade e saúde física e saúde mental em pacientes com dor musculoesquelética crônica. Religião/espiritualidade foi avaliada através do Inventário Breve de Medida Multidimensional da Religião/Espiritualidade. Os autores verificaram que as crenças religiosas e espirituais no paciente com dor aparecem de modo diferente da população geral. A prática religiosa, por exemplo, oração, meditação ou o uso de mídia religiosa, foi inversamente relacionada com os resultados da saúde física, indicando que aqueles que possuíam pior saúde física eram mais propensos a se envolver em atividades religiosas privadas. Perdão, *coping*, diário espiritual, apoio religioso e alta intensidade religiosa/espiritual predisseram significativamente o estado de saúde mental. Religião/espiritualidade não esteve relacionada com a intensidade e interferência na vida devido à dor. Este estudo estabeleceu relações entre religião/espiritualidade e saúde em uma

população com dor crônica, e enfatizou que a religião/espiritualidade pode ter custos e benefícios para a saúde das pessoas com dor crônica.

Wiech *et al.* (2008) afirmaram que, embora, a crença religiosa seja frequentemente citada como colaboradora no alívio das doenças físicas, incluindo a dor, não está claro quais os mecanismos psicológicos e neurais exercidos pela crença religiosa na dor. Existe a hipótese de que a crença religiosa ajude os doentes a reinterpretar o significado emocional da dor, levando a um distanciamento emocional. Os autores através da utilização de métodos de neuroimagem como a ressonância magnética funcional em católicos praticantes e ateus confessos, encontraram que durante a estimulação dolorosa a existência de uma forma de analgesia dependente do contexto que foi desencadeada pela apresentação de uma imagem com um conteúdo religioso, mas não pela apresentação de uma imagem para os ateus. Conforme confirmado por meio de dados comportamentais, a contemplação da imagem religiosa permitiu que o grupo religioso se separasse da experiência de dor. O estudo sugeriu que a crença religiosa possa fornecer uma estrutura que permita que os indivíduos envolvam processos cerebrais reguladores da dor.

A resiliência refere-se à capacidade de lidar e adaptar-se à adversidade, afetando diversos aspectos da vida. A resiliência individual e psicológica envolve a flexibilidade emocional e a disponibilidade de estratégias de resolução de problemas e, na dor crônica, esses recursos podem facilitar estilos de enfrentamento adaptativos, como a aceitação da dor (Wagnild e Young, 1993).

Pode-se analisar que o envelhecimento pode gerar acréscimos à resiliência pessoal e, diante da dor crônica poderia minimizar o impacto perturbador, auxiliando no ganho de resiliência?

Diante desse cenário, talvez a resiliência possa desempenhar um papel significativo no enfrentamento da dor crônica e contribuir para o desenvolvimento de recursos internos que ajudem a lidar de forma positiva com as adversidades.

Tem-se ainda poucos estudos sobre o trinômio resiliência-dor crônica-envelhecimento. O presente estudo não tem, a partir dos resultados obtidos, como responder à estas perguntas por tratar-se de um estudo transversal. Este estudo mostrou associação entre resiliência e dor crônica, mas não conseguiu demonstrar a causalidade dos dois fenômenos, sendo uma limitação do estudo. Estas questões podem ser abordadas através de estudos longitudinais e/ou de intervenção, o que poderá mostrar o comportamento da resiliência e da dor crônica ao longo tempo ou após uma intervenção.

7 CONCLUSÕES

O estudo concluiu:

- A resiliência foi menor em idosos portadores de dor crônica que em idosos sem dor crônica.
- A depressão foi mais prevalente em idosos portadores de dor crônica do que em idosos sem dor crônica
- A qualidade de vida foi pior nos idosos com dor crônica do que idosos sem dor crônica.
- Não houve relação entre religiosidade, capacidade física e dor em idosos.

Anexo A - Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: RESILIÊNCIA, DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM DOR CRÔNICA.
Pesquisador Responsável: HAZEM ADEL ASHMAWI **Versão:** 2
Pesquisador Executante: Marcia Carla Morete Pinto **CAAE:** 18551513.8.0000.0068
Co-autores: Flávia CâmporaWilson Jacob Filho.
Finalidade Acadêmica: Doutorado
Instituição: HCFMUSP
Departamento: CIRURGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 11029

Número do Parecer: 499.917

Data da Relatoria: 16/12/2013 – *ad referendum*

Apresentação do Projeto: Foram realizados pequenos ajustes no texto do projeto, mas é importante observar que o projeto requer revisão gramatical. Há extensa apresentação de revisão sobre dor em idosos, mas o tema da resiliência, embora ligeiramente complementado ainda apresenta lacunas importantes. A coleta de dados consiste basicamente na aplicação de questionários em 2 grupos de participantes: Grupo A: N= 54- participantes que não referem presença de dor crônica (serão aplicados os questionários: de depressão geriátrica - GDS (Anexo D), medida da independência funcional - MIF (Anexo E) e a escala de resiliência (Anexo F). Grupo B: N= 54- participantes que referem dor crônica (serão aplicados os questionários: de graduação de dor crônica (EGDC - Anexo C), de depressão geriátrica - GDS (Anexo D), a medida de independência funcional- MIF (Anexo E) e a escala de resiliência (Anexo F). Para avaliação inicial e decisão sobre inclusão será aplicado o instrumento de Avaliação do Estado Mental (MEEM- Mini Mental).

Objetivo da Pesquisa: Objetivo geral: avaliar resiliência na população idosa com e sem dor crônica. Objetivos específicos: correlacionar resiliência com depressão entre idosos com e sem dor crônica atendidos em ambulatório de geriatria; identificar a relação de resiliência com capacidade funcional entre idosos com e sem dor crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Risco mínimo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Algumas questões pontuadas no parecer anterior não foram respondidas e em especial uma delas requer esclarecimentos: o estudo refere que os instrumentos serão aplicados no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mas não há explicitação sobre a dinâmica prevista para a realização da coleta. No texto anterior havia menção de que os dados seriam coletados na sala de espera, mas essa informação foi retirada, de forma que não há oferta de informação sobre o recrutamento/convite aos participantes e nem tampouco sobre as condições, equipe e período de realização da coleta.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.

55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: O TCLE foi modificado e adequado.

Recomendações: Responder sobre o contexto e condições para a coleta de dados. Reapresentar cronograma atualizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O estudo está aprovado, no entanto o pesquisador deverá responder aos itens citados acima.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: Não.

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: **a)** desenvolver o projeto conforme delineado; **b)** elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **c)** apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; **d)** manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; **e)** encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; **f)** justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 16 de Dezembro de 2013

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : **RESILIÊNCIA, DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM DOR CRÔNICA.**

PESQUISADOR : **Pesquisador responsável: Enfermeira Marcia Morete**

Pesquisador orientador: Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi

Pesquisador participante: Prof. Dr Wilson Jacob Filho e Dra Flavia Campora

CARGO/FUNÇÃO: **MEDICO** INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº

UNIDADE DO HCFMUSP: **SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E TRATAMENTO DE DOR**

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : **2 ANOS**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

O (A) senhor (a) está sendo convidado a participar de um projeto sobre **RESILIÊNCIA, DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM DOR CRÔNICA**. Esta pesquisa tem como finalidade medir o grau de resiliência, ou seja, a capacidade que as pessoas idosas têm de reagir a situações adversas da vida e como superam essas dificuldades.

A sua participação nessa pesquisa será em responder aos seguintes questionários: a escala de resiliência (enfrentamento), de depressão (impacto emocional) e capacidade funcional (habilidades do dia-a-dia) na população idosa, durante o momento em que aguarda a sua consulta médica nesse ambulatório. Caso tenha dúvida em relação aos questionários ou quaisquer dificuldades de preenchimento que surgir, poderá solicitar ajuda do pesquisador. Os questionários são compostos por perguntas de múltipla escolha que o (a) senhor (a) deve assinalar a resposta que corresponde a situações de sua vida, isso tomará cerca de 20 minutos do seu tempo.

Se o (a) senhor(a) optar por não participar do projeto, não há problema. Ao participar deste projeto o senhor ajudará a identificar aspectos importantes que envolvem a dor crônica na população idosa que consideramos relevantes na avaliação e tratamento da dor.

O pesquisador responsável por esta pesquisa é a **Enfermeira Marcia Morete** e o pesquisador orientador da pesquisa é o médico **Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi**, que podem ser encontrados na Divisão de Anestesia, localizada no 8º andar do PAMB-Prédio dos Ambulatórios do Instituto Central do Hospital das Clínicas, sito na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - Cerqueira César - 05403-000 / São Paulo – Brasil, Telefone(s) 3069-6680. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros pacientes, não sendo divulgada a identidade de nenhum paciente.

O (a) senhor(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O(a) senhor(a) tem o compromisso de que os pesquisadores irão utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre **“RESILIÊNCIA, DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM DOR CRÔNICA”**.

Eu discuti com a enfermeira Marcia Morete sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o

mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável ou executante

Data ____/____/____

9 REFERÊNCIAS

Adorno MLGR, Neto JPB. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica. *Acta Ortop Bras*. 2013;21(4):202-7.

Agency for Health Care Policy and Research. *Acute pain management: operative or medical procedures and trauma*. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1992.

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6 Supl):S205-24.

Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010;5:207-16.

Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, Sim M, Stocks N, Flicker L, Pfaff JJ. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry*. 2012;201(6):466-72.

Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):497-503.

American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-46.

Anderson G. Chronic pain and praying to a higher power: useful or useless? *J Relig Health*. 2008;47(2):176-87.

Andrews GA. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro Latino americano y Caribeño Sobre las Personas de Edad; 1999, Santiago, Chile. *Anais*. 2000. p. 247-56.

Aroian KJ, Schappler-Morris N, Neary S, Spitzer A, Tran TV. Psychometric evaluation of the Russian Language version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1997;5(2):151-64.

Augusto ACC, Soares CPSS, Resende MA, Pereira LSM. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. *Textos Envelhec*. 2004;7(1):21-5.

Bailiki MN, Geha PY, Jabakhanji R, Harden N, Schnitzer TJ, Apkarian AV. A preliminary fMRI study of analgesic treatment in chronic back pain and knee osteoarthritis. *Mol Pain*. 2008;4:47.

Baron M, Dutil E, Berkson L, Lander P, Becker R. Hand function in the elderly: relation to osteoarthritis. *J Rheumatol*. 1987;14(4):815-9.

Barr JO. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: Guccione AA. *Fisioterapia geriátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 333-356.

Barricelli ILFOBL, Sakumoto IKY, Silva LHM, Araújo CV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):505-15.

Becker N, Bondegaard Thomsen A, Olsen AK, Sjøgren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*. 1997;73(3):393-400.

Beekman A, Copeland M, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 1999;174:307-311.

Behrouz A, Shaqayegh M, Shamsipour DP. Comparison of the quality of life for healthy active and sedentary elderly and with osteoarthritis. *Ann Biol Res*, 2012;3(5):2343-8.

Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999;80(1-2):377-82.

Bergman S, Jacobsson LT, Herrström P, Petersson IF. Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain*. 2004;108(1-2):115-23.

Berkman LF, Seeman TE, Albert M, Blazer D, Kahn R, Mohs R, Finch C, Schneider E, Cotman C, McClearn G, et al. High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46(10): 1129-40.

- Berryman C, Stanton TR, Bowering K, Tabor A, McFarlane, Moseley LG. Evidence for working memory deficits in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2013;154(8):1181-96.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
- Blank K, Gruman C, Robison JT. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:378-84.
- Blomqvist K, Edberg AK. Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care. *J Adv Nurs*. 2002;40(3):297-306.
- Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20-8.
- Bonica JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F. *Advances in pain research and therapy*. V. 9. New York: Raven Press, 1985. p. 589-615.
- Bracher ESB. *Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.

Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain*. 1996;67(1):29-34.

Brito PA, Almeida RLT. A influência da cultura na percepção da dor. In: 9º Congresso Brasileiro de Dor, 2010, Fortaleza - CE. *Dor*. 2010; 11(Supl):66-7.

Brooks D, Henry J, Leblanc J, McKenzie G, Nagy T, Tallon H, Wilhelm T, Flegel-Desautels C. Incorporating Spirituality into Practice. *Can Nurse*. 2005;101(6):22-4.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.

Brummel-Smith K, London MR, Drew N, Krulewitch H, Singer C, Hanson L. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(11):1847-51.

- Buckalew N, Haut MW, Morrow L, Weiner D. Chronic pain is associated with brain volume loss in older adults: preliminary evidence. *Pain Med.* 2008;9(2):240-8.
- Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(1):36-43.
- Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med.* 1984;46(3):199-212.
- Buriti MA. Lazer e envelhecimento. In: Witter GP. *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas.* Campinas: Alínea, 2010. p. 103-118.
- Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(5):489-96.
- Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress.* 2007;20(6):1019-28.
- Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc Saúd Coletiva.* 2011;16(6):2919-25.
- Cardoso MCS, Ferreira MC. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicol, Cienc Prof.* 2009;29(2):380-93.

Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain*. 1995;61(2):271-6.

Castro AR, Siqueira SR, Perissinotti DM, Siqueira JT. Psychological evaluation and cope with trigeminal neuralgia and temporomandibular disorder. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(3B):716-9.

Celich KLS, Galon CG. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):345-60.

Chamberlain K, Petrie K, Azariah R. The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following knee surgery. *Psychol Health*. 1992;7:201-310.

Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *J Pain*. 2008;9(2):122-45.

Chaves ECL, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto Contexto-Enferm*. 2014;23(3):648-55.

Chopra A. Pain management in the older patient. *Clin Geriatr*. 2006;14(3):40-6.

Chou KL. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults:evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord*. 2007;102(1-3):115-23.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.

Clark DC, von Ammon Cavanaugh S, Gibbons RD. The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 1983;171(12):705-13.

Clegg A. Gerontological care and practice - Ask the experts Spirituality in care. *Nurs older peoples*. 2006;18(1):14-5.

Cohen-Mansfield J, Marx MS. Pain and depression in the nursing home: corroborating results. *J Gerontol*. 1993;48(2):P96-7.

Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.

Corran TM, Farrel MJ, Helme RD. The classification of patients with chronic pain: age as a contributing fator. *Clin J Pain*. 1997;13(3):207-14.

Covinsky KE, Lindquist K, Dunlop DD, Yelin E. Pain, functional limitations, and aging. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(9):1556-61.

Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JW, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain*. 2012;28(6): 475-83.

Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Dor*. 2011;12(2):120-4.

Davis GC, Hiemenz ML, White TL. Barriers to managing chronic pain of older adults with arthritis. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34(2):121-6.

Davis MC, Zautra AJ, Smith BW. Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation. *J Pers*. 2004;72(6):1133-59.

Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(5):479-95.

Degnan KA, Fox NA. Behavioral inhibition and anxiety disorders: multiple levels of a resilience process. *Dev Psychopathol*. 2007;19(3):729-46.

Dekker J, Boot B, van der Woude LH, Bijlsma JW. Pain and disability in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. *J Behav Med*. 1992;15(2):189-214.

Dellaroza MS, Furuya RK, Cabrera MA, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, Pacola L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):36-41.

Dellaroza MS, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):325-34.

Denard PJ, Holton KF, Miller J, Fink HA, Kado DM, Marshall LM, Yoo JU; Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study Group. Back pain, neurogenic symptoms, and physical function in relation to spondylolisthesis among elderly men. *Spine J*. 2010;10(10):865-73.

Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51(13):1237-46.

Doan BD, Wadden NP. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain*. 1989;36(1):75-84.

Donald IP, Foy C. A longitudinal study of joint pain in older people. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43(10):1256-60.

Duarte YAO. O Processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: Instituto Para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), Universidade De São Paulo, Ministério Da Saúde (Ed.). *Manual de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Duggleby W, Lander J. Patient-controlled analgesia for older adults. *Clin Nurs Res*. 1992;1(1):107-13.

Edward K. Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. *Br J Nurs*. 2013;22(13):741-6.

Epps CD. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatr Nurs*. 2001;22(2):71-9.

Esteve R, Ramírez-Maestre C, López-Marínez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med*. 2007;33(2):179-88.

Evans S, de Souza L. Dealing with chronic pain: giving voice to the experiences of mothers with chronic pain and their children. *Qual Health Res*. 2008;18(4):489-500.

Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Ferrell BA. Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(1):64-73.

Ferrell BR, Ferrell BA, Ahn C, Tran K. Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer*. 1994;74(7 Suppl):2139-46.

Finan PH, Okun MA, Kruszewski D, Davis MC, Zautra AJ, Tennen H. Interplay of concurrent positive and negative interpersonal events in the prediction of daily negative affect and fatigue for rheumatoid arthritis patients. *Health Psychol*. 2010;29(4):429-37.

Fine PG. Chronic pain management in older adults: special considerations. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(2 Suppl):S4-S14.

Fisher SE, Burgio LD, Thorn BE, Allen-Burge R, Gerstle J, Roth DL, Allen SJ. Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents: association of certified nursing assistant pain report, Minimum Data Set pain report, and analgesic medication use. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):152-6.

Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res*. 2006;61(2):213-9.

Gagliese L, Melzack R. The assessment of pain in the elderly. In: Mostofsky DI, Lomranz J (Eds.). *Handbook of pain and aging*. New York: Plenum Press, 1997. p. 69-96.

Gambaro RC, Santos FC, Thé KB, Castro LA, Cendoroglo MS. Avaliação de dor no idoso: proposta de adaptação do Geriatric Pain Measure para a língua portuguesa. *Rev Bras Med*. 2009;66(3):62-5.

Gartland D, Bond L, Olsson CA, Buzwell S, Sawyer SM. Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11:134.

Gibson SJ, Farrell M. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clin J Pain*. 2004; 20(4):227-39.

- Gleicher Y, Croxford R, Hochman J, Hawker G. A prospective study of mental health care for comorbid depressed mood in older adults with painful osteoarthritis. *BMC Psychiatry*. 2011;11:147.
- Gloth FM 3rd. Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics*. 2000;55(10):46-8, 51-4.
- Glover J, Srinivasan S. Assessment of the person with late-life depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36(4):545-60.
- Gomes J, Teixeira M. Dor no idoso. *Rev Bras Med*. 2007;64(11):45-54.
- Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2010;14(2):127.e1-8.
- Grimby C, Fastbom J, Forsell Y, Thorslund M, Claesson CB, Winblad B. Musculoskeletal pain and analgesic therapy in a very old population. *Arch Gerontol Geriatr*. 1999;29(1):29-43.
- Gureje O, von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998;280(2):147-51.
- Gustorff B, Dorner T, Likar R, Grisold W, Lawrence K, Schwarz F, Rieder A. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008;52(1):132-6.

Haddadi P, Besharat MA. Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:639-42.

Hanssen DJ, Naarding P, Collard RM, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Physical, lifestyle, psychological, and social determinants of pain intensity, pain disability, and the number of pain locations in depressed older adults. *Pain*. 2014;155(10):2088-96.

Hardy SE, Concato J, Gill TM. Stressful life events among community-living older persons. *J Gen Intern Med*. 2002;17(11):832-8.

Haythornthwaite JA, Benrud-Larson LM. Psychological aspects of neuropathic pain. *Clin J Pain*. 2000;16(2 Suppl):S101-5.

Heilemann MV, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 2003;11(1):61-72.

Herr KA, Mobily T, Kohout FJ, Wagenaar D. Evaluation of the faces pain scale for use with elderly. *Clin J Pain*. 1998;14:29-38.

Hildon Z, Smith G, Netuveli G, Blane D. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociol Health Illn*. 2008;30(5):726-40.

Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(12):1296-303.

Hopman-Rock M, Kraaimaat FW, Bijlsma JW. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Qual Life Res*. 1997;6(1):67-76.

Hutz CS, Koller SH, Bandeira DR. Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP*. 1996;1(12):79-86.

Jensen MP, Moore MR, Bockow TB, Ehde DM, Engel JM. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(1):146-60.

Jester DV, Sayla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, Palmer BW, Rock D, Golshan S, Kraemer HC, Depp CA. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):188-96.

Johnstone B, Franklin KL, Yoon DP, Burris J, Shigaki C. Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with stroke. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008;15(4):308-13.

Kaasalainen S, Molloy DW. Pain and aging. Geriatrics today. *J Can Geriatr Soc*. 2001;4:32-7.

Kalfoss M, Halvorsrud L. Important issues to quality of life among Norwegian older adults: an exploratory study. *Open Nurs J*. 2009;3:45-55.

Kaplan Z, Matar MA, Kamin R, Sadan T, Cohen H. Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience? *J Clin Psychiatry*. 2005;66(9):1146-54.

Karoly P, Ruehlman LS. Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*. 2006;123(1-2):90-7.

Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth*. 2008;101(1):111-20.

Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):897-903.

Keefe FJ, Caldwell DS, Queen K, Gil KM, Martinez S, Crisson JE, Ogden W, Nunley J. Osteoarthritic knee pain: a behavioral analysis. *Pain*. 1987;28(3):309-21.

Kempen GI, Ormel J, Brilman EI, Relyveld J. Adaptive responses among Dutch elderly: the impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *Am J Public Health*. 1997;87(1):38-44.

Kenny DA, Korchmaros JD, Bolger N. Lower level mediation in multilevel models. *Psychol Methods*. 2003;8(2):115-28.

Kerns RD, Haythornthwaite JA. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):870-6.

Kirkwood B, Sterne AC. *Essential medical statistics*. Massachusetts: Blackwell, 2006.

Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, Pennie B, Reilly JP, Atchison LE, Troup JD, Rose MJ. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*. 1995;20(4):478-84.

Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42(1):168-77.

Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York (NY): Oxford University Press, 2001.

Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.

Kovach CR, Noonan PE, Griffie J, Muchka S, Weissman DE. Use of the assessment of discomfort in dementia protocol. *Appl Nurs Res*. 2001;14(4):193-200.

Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and self-rated health among older Mexican Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011; 66(2):207-216.

Lacerda PF, Godoy LF, Cobiánchi MG, Bachion MM. *Estudo da ocorrência de "dor crônica" em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia*. *Rev Elet Enferm*. 2005;7(1):29:40. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_03.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.

Ladd KL, Spilka BI. Outward, and Upward: cognitive aspects of prayer. *J Sci Study Relig*. 2002;41(3):475-84.

Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef Mv, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9(1):15-24.

Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(2):463-80.

Laughlin DM. *Resilience and its relationship to religious problem solving and coping* [tese]. Dublin: School Dublin, 2013. p. 53.

Lavin R, Park J. Depressive symptoms in community-dwelling older adults receiving opioid therapy for chronic pain. *J Opioid Manag.* 2011;7(4):309-19.

Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC. Deuchmann. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly.* San Diego: Academic Press, 1991. p. 3-27.

Leipold B, Greve W. Resilience: a conceptual bridge between coping and development. *Eur Psychol.* 2009;14(1):40-50.

Lemos CM, Gottschall CA, Pellanda LC, Müller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psic Teor e Pesq.* 2008;24(4):471-6.

Lemos CMM, Moraes DW, Pellanda LC. Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2016;106(2):130-5.

Lima MAG, Trad L. Dor crônica: objeto insubordinado. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos.* 2008;15(1):117-133.3

Lin X, Haralambous B, Pachana NA, Bryant C, LoGiudice D, Goh A, Dow B. Screening for depression and anxiety among older Chinese immigrants living in Western countries: The use of the Geriatric Depression Scale (GDS) and the Geriatric Anxiety Inventory (GAI). *Asia Pac Psychiatry.* 2015;8(1):132-43.

- Lin YH, Hsieh SC, Chao CC, Chang YC, Hsieh ST. Influence of aging on thermal and vibratory thresholds of quantitative sensory testing. *J Peripher Nerv Syst.* 2005;10(3):269-81.
- Lipton RB, Pfeffer D, Newman LC, Solomon S. Headaches in the elderly. *J Pain Symptom Manage.* 1993;8(2):87-97.
- Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, Chen HM, Lin CH, Wang PN, Yang YY, Larson EB, Chou P, Liu HC. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychol Med.* 1997;27(4):943-9.
- Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet.* 1999;353(9164):1607-9.
- Lopes VR, Martins MCF. Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. *Rev Psicol Organ Trab.* 2011;11(2):36-50.
- Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida A, Gomes C, Koenig HG. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med.* 2011;43(4):316-22.
- Lung FW, Huang YL, Shu BC, et al. Parenteral rearing style, premorbid personality, mental health and quality of life in chronic regional pain: A causal analysis. *Compr Psychiatry.* 2004;45(3):206-12.
- Lynch D. Geriatric pain. In: Raj PP (Ed.). *Practical management of pain.* 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2000:270-271.

Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain*. 1993;53(2):163-8.

Mahony PG, Rodgers H, Thomson RG, Dobson R, James OFW. Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients? *Age Ageing*. 1998;27(1):19-22.

Mailis-Gagnon A, Nicholson K, Yegneswaran B, Zurowski M. Pain characteristics of adults 65 years of age and older referred to a tertiary care pain clinic. *Pain Res Manag*. 2008;13(5):389-94.

Martin RR, Hadjistavropoulos T, McCreary DR. Fear of pain and fear of falling among younger and older adults with musculoskeletal pain conditions. *Pain Res Manag*. 2005;10(4):211-9.

Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2001;7(1):2-13.

Mavandadi S, Ten Have TR, Katz IR, Durai UN, Krahn DD, Llorente MD, Kirchner JE, Olsen EJ, Van Stone WW, Cooley SL, Oslin DW. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(2):202-11.

McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. *Ann Rheum Dis*. 1993;52(4):258-62.

McCleane G. Pharmacological pain management in the elderly patient. *Clin Interv Aging*. 2007;2(4):637-43.

Meeks S, Carstensen LL, Tamsky BF, Wright TL, Pellegrini D. Age differences in coping: does less mean worse. *Int J Aging Hum Dev*. 1989;28(2):127-40.

Merskey H. Pain and psychological medicine. In: Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994a. Chap. 47, p.903-20.

Merskey NB. *Classification of chronic pain: descriptions f chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain*. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994b.

Miaskowski C. The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. *Pain Manag Nurs*. 2000;1(3 Suppl 1):2-7.

Molton I, Jensen MP, Ehde DM, Carter GT, Kraft G, Cardemas DD. Coping with chronic pain among younger, middle-aged, and older adults living with neurological injury and disease. *J Aging Health*. 2008;20(8):972-96.

Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2004;50(12):4035-44.

Moos RH, Brennan PL, Schutte KK, Moos BS. Older adults' coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial/work stressors. *Int J Aging Hum Dev*. 2006;62(1):39-59.

Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50.

Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):31-2.

Murray K, Zautra AJ. Community resilience: fostering recovery, sustainability, and growth. In: Ungar M (Ed.). *The social ecology of resilience: a handbook of theory and practice*. New York: Springer, 2011. p. 337-46.

Nahas MV. *A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2a ed. Londrina: Midiograf, 2001.

Navega MT, Oishi J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. *Rev Bras Reumatol*. 2007;47(4):258-64.

Neri AL (Org.). *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus, 1995.

Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus, 2001. p. 161-200.

Nussbaum GB. Spirituality in critical care - Patient comfort and satisfaction. *Crit Care Nurs Q*. 2003;26(3):214-20.

Oliveira SB de, Siqueira SR de, Sanvovski AR, Amaral LM do, Siqueira JT de. Temporomandibular Disorder in Brazilian patients: a preliminary study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008;15(4):338-43.

Oltramari G. Influência da resiliência na dor crônica de idosos [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010. 57p.

OMS: Organização Mundial de Saúde. Active Ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002.

Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges GL, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine JP, Haro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Seedat S, Watanabe M. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain*. 2008;9(10):883-91.

Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91(4):730-49.

Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging*. 2010;25(3):516-23.

Otto M, Bach FW, Jensen TS, Sindrup SH. Health-related quality of life and its predictive role for analgesic effect in patients with painful polyneuropathy. *Eur J Pain*. 2007;11(5):572-8.

Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*. 2004;122(6):252-8.

Panazzolo D, Trelha CS, Dellaroza MSG, Cabreza M, Souza R. Dor crônica em idosos moradores do conjunto Cabo Frio, da cidade de Londrina/PR. *Rev Dor*. 2007;8(3):1047-51.

Parmelee P. Pain and psychological function in late life. In: Mostofsky DI, Lomranz J (Eds.). *Handbook of pain and aging*. New York: Plenum Press, 1997. p. 207-226.

Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41(5):517-22.

Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol*. 1991;46(1):P15-21.

Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado HAX, Gorzoni ML, Rocha SM (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(2):436-448.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJE. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 373-87.

- Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002; 27(5):E109-20.
- Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicol Estudo*. 2004;9(1):67-75.
- Pollack MH, Stein MB, Davidson JRT, Ginsberg DL. New challenges for anxiety disorders: where treatment, resilience, and economic priority converge. *CNS Spectrums*. 2004;9(4):1-4.
- Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol*. 2003;58(1):36-52.
- Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(5):745-58.
- Raji MA, Kuo YF, Snih SA, Markides KS, Peek MK, Ottenbacher KJ. Cognitive status, muscle strength, and subsequent disability in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(9):1462-8.
- Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. The path to capacity: resilience and spinal chronic pain. *Spine*. 2012;37(4):E251-8.
- Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. The path to capacity: resilience and spinal chronic pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37.
- Ravandi-Yazdi S, Taslimi Z, Saberi H, Schams J, Osanlo S, Nori G, Haghparast A. The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. *Basic Clin Neurosci*. 2013;4(1):24-30.

- Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. 2001;8(1):45-52.
- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005;116(3):311-21.
- Roenn J, Von H, Paice JA, Michael E. *Current: diagnóstico e tratamento da dor*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2008. p. 346.
- Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull*. 1985;97(1):18-34.
- Rosa T, Benício M, Latorre O. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
- Rosemann T, Backenstrass M, Joest K, Rosemann A, Szecsenyi J, Laux G. Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2007;57(3):415-22.
- Roy R, Thomas M. A survey of chronic pain in an elderly population. *Can Fam Physician*. 1986;32:513-6.
- Ruehlman LS, Karoly P, Newton C, Aiken LS. The development and preliminary validation of a brief measure of chronic pain impact for use in the general population. *Pain*. 2005;113(1-2):82-90.

Ruiz-Párraga GT, López-Martínez AE, Esteve R, Ramírez-Maestre C, Wagnild G. A confirmatory factor analysis of the Resilience Scale adapted to chronic pain (RS-18): new empirical evidence of the protective role of resilience on pain adjustment. *Qual Life Res.* 2015;24(5):1245-53.

Ryff CD, Singer B, Love GD, Essex MJ. Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic processes. In: Lomranz J (Ed.). *Handbook of aging and mental health: an integrative approach*. New York: Plenum Press, 1998. p. 69-96.

Santos FC, Souza PMR, Nogueira AC, Lorenzet IC, Barros BF, Dardin LP. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Rev Dor.* 2011;12(3):209-14.

Santos SC, Knijnik JD. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária I. *REMEFE.* 2006;5(1):23-34.

Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2002;10(6):757-64.

São Paulo (Estado). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. *População e estatísticas vitais*. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/index.php?option=com_jce&Itemid=39&tema=5>. Acesso em: 15 jan. 2016.

Saul J. *Psychological resilience between older with chronic pain* [dissertation]. Minneapolis: College of Social and Behavior Sciences, Walden University, 2015. 143 p.

Scherder EJ, Smit R, Vuijk PJ, Bouma A, Sergeant JA. The Acute versus Chronic Pain Questionnaire (ACPQ) and actual pain experience in older people. *Aging Ment Health*. 2002;6(3):304-12.

Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, Rohay JM, Bernier MJ. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res*. 1998;7(1):57-65.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.

Schuler M, Njoo N, Hestermann M, Oster P, Hauer K. Acute and chronic pain in geriatrics: clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Med*. 2004;5(3):253-62.

Schure MB, Odden M, Goins RT. The Association of Resilience with Mental and Physical Health among older american indians: The native elder care study. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*. 2013;20(2):27-41.

Scudds RJ, Ostbye T. Pain and pain-related interference with function in older Canadians: the Canadian Study of Health and Aging. *Disabil Rehabil*. 2001;23(15):654-64.

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-73.

Shen K, Zeng Y. The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res*. 2010;23(5):105-16.

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):687-94.

Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment--an observational cohort study. *BMC Geriatr*. 2007;7:3.

Smeltzer SC, Bare BG (Eds.). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cuidados de saúde do idoso; p. 199-227.

Smith BW, Zautra AJ. The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain*. 2008a;138(2):354-61.

Smith BW, Zautra AJ. The role of purpose in life in recovery from knee surgery. *Int J Behav Med*. 2004;11(4):197-202.

Smith BW, Zautra AJ. Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. *J Consult Clin Psychol*. 2008b;76(5):7.

Smith J, Borchelt M, Maier H, Jopp D. Health and well-being in the young and oldest old. *J Soc Issues*. 2002; 58(4):715-32. 99-810.

Snow-Turek AL, Norris MP, Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*. 1996;64(3):455-62.

Snyder CR, Berg C, Woodward JT, Gum A, Rand KL, Wroblewski KK, Brown J, Hackman A. Hope against the cold: individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the cold pressor task. *J Pers.* 2005;73(2):287-312.

Solano JPC. *Adaptação e validação de escalas de resiliência para o contexto cultural brasileiro: escala de resiliência disposicional e escala de Connor-Davidson* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Anestesiologia, 2016.

Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:255-91.

Souza MTS, Cervený CMO. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *R Interam Psicol.* 2006;40(1):115-22.

Stadnyk K, Calder J, Rockwood K. Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(10):827-35.

Steffens DC, Fisher GG, Langa KM, Potter GG, Plassman BL. Prevalence of depression among older Americans: the aging, demographics and memory study. *Int Psychogeriatr.* 2009; 21(5):879-888.

Steultjens MP. *Determinants of pain and disability in osteoarthritis* [thesis]. Nivel, Utrecht, 2001, 134 p.

Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, McGlynn EA, Ware Jr JE. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262(7):907-13.

Sturgeon JA, Zautra AJ, Arewasikporn A. A multilevel structural equation modeling analysis of vulnerabilities and resilience resources influencing affective adaptation to chronic pain. *Pain*. 2014;155(2):292-8.

Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(2):105-12.

Svendsen KB, Jensen TS, Hansen HJ, Bach FW. Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. *Pain*. 2005;114(3):473-81.

Tektonidou MG, Dasgupta A, Ward MM. Suicidal ideation among adults with arthritis: prevalence and subgroups at highest risk. Data from the 2007-2008 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(9):1322-33.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-10.

Trelha CS, Panazzolo D, Dellaroza MSG, Cabrera MAS, Souza R, Pisconti F, Taho YM. Capacidade funcional de idosos com dor crônica residentes na comunidade. *Geriatr Gerontol*. 2008;2(2):59-64.

Trentini M, Silva S, Valle M, Hammerschmidt K. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(1):38-45.

Tse MM, Wan VT, Vong SK. Health-related profile and quality of life among nursing home residents: does pain matter? *Pain Manag Nurs*. 2013;14(4):e173-84.

Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Assessment of older women with chronic pain. *J Women Aging*. 1994;6(4):25.

Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*. 1995;61(1):93-101.

Vasconcelos PP; Pereira LV; Sousa LAF; Pedroso CF; Pessoa APC. [dissertação]. *Prevalência de dor crônica em idosos não institucionalizados da região centro-oeste do Brasil*. Goiania: Universidade de Goias, 2009.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.

Verdú E, Ceballos D, Vilches JJ, Navarro X. Influence of aging on peripheral nerve function and regeneration. *J Peripher Nerv Syst*. 2000;5(4):191-208.

Viana FP. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008;11(1):17-28.

Vivan A, Argimon IIL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):436-44.

Vlaeyen JW, Crombez G. Fear of movement/(re) injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Man Ther*. 1999;4(4):187-95.

Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995;62(3):363-72.

Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.

von Korff M. Epidemiological and survey methods: assessment of chronic pain. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guildford Press, 2001. p. 603-18.

Von Korff M. Epidemiological and survey methods: assessment of chronic pain. In: Turk DC, Melzack, R (eds). *Handbook of pain assessment*. 2ª Ed. New York: Guilford Press, 2001.

Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med*. 2007;30(4):311-8.

Wagnild G. Resilience and successful aging. Comparison among low and highincome older adults. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(12):42-9.

Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.

Ward NG. Pain and depression In: Bonica JJ. *The management of pain*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febeger; 1990. Chap 18, p.310-19.

Watanabe HAW, Giovanni VMD. Instituições de longa permanência para idosos (ILPI). *Bol Inst Saúde*. 2009;(47):69-71.

West C, Stewart L, Foster K, Usher K. The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. *J Clin Nurs*. 2012;21(9-10):1284-92.

White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2010;55(1):23-32.

Wiech K, Farias M, Kahane G, Shackel N, Tiede W, Tracey I. An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *Pain*. 2008;139(2):467-76.

Williamson GM, Schulz R. Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *J Gerontol*. 1992; 47(6):P367-72.

Wright LJ, Zautra AJ, Going S. Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Ann Behav Med*. 2008;36(1):70-80.

Yeung EW, Arewasikporn A, Zautra AJ. Resilience and chronic pain. *J Soc Clin Psychol*. 2012;31(6):593-617.

Zautra AJ, Fasman R, Parish BP, Davis MC. Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*. 2007;128(1-2):128-35.

Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(2):212-20.

Zautra AJ. Resilience: one part recovery, two parts sustainability. *J Pers*. 2009; 77(6):1935-43.

APÊNDICES

Apêndice A - Caracterização da Amostra e Mini Exame Mental - MEEM

PARTE I: Caracterização da amostra

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado () separado

Presença de dor: () não () sim, Local da dor: _____ Tempo de dor: _____

PARTE 2- Exame Mini mental – MEEM – (Folstein et al., 1975)

ORIENTAÇÃO			
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).			5
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local?) (andar).			5
REGISTRO			
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunta pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____			3
ATENÇÃO E CÁLCULO			
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativa ¹ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)			5
EVOCAÇÃO			
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)			3
LINGUAGEM			
* Identificar lápis e relógio de pulso			2
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".			1
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".			3
* Ler 'em voz baixa' e executar: FECHE OS OLHOS			1
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)			1
* Copiar o desenho:			1

TOTAL:			

Apêndice B - Escala de Depressão Geriátrica - GDS

Escala de Depressão em Geriatria (GDS)

IV - Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15)

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) Sr(a) vem se sentindo em relação a alguns sentimentos no último mês:

51. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeito(a) com sua vida?	[0] Sim [1] Não
52. O(a) Sr(a) abandonou muitas das suas atividades e interesses?	[1] Sim [0] Não
53. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia?	[1] Sim [0] Não
54. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência?	[1] Sim [0] Não
55. O(a) Sr(a) está de bom humor na maior parte do tempo?	[0] Sim [1] Não
56. O(a) Sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer?	[1] Sim [0] Não
57. O(a) Sr(a) se sente feliz na maior parte do seu tempo?	[0] Sim [1] Não
58. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída?	[1] Sim [0] Não
59. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	[1] Sim [0] Não
60. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	[1] Sim [0] Não

61. O(a) Sr(a) pensa que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	[0] Sim [1] Não
62. O(a) Sr(a) se sente bastante inútil na suas atuais circunstâncias?	[1] Sim [0] Não
63. O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia?	[0] Sim [1] Não
64. O(a) Sr(a) acredita que sua situação é sem esperança?	[1] Sim [0] Não
65. O(a) Sr(a) pensa que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) Sr(a)?	[1] Sim [0] Não

Pontuação: []

Apêndice C - Medida da Independência Funcional

Medida da Independência Funcional (MIF)

A pontuação de cada categoria varia de um a sete (1 – 7), de acordo com o grau de dependência: 7- independência completa; 6- independência modificada; 5- supervisão; 4- ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa); 3- Ajuda moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa); 2- Ajuda máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa), 1- Ajuda total.

Cuidados Pessoais
A. Alimentação
B. Cuidados com a aparência exterior
C. Toalete
D. Habilidade de vestir a parte alta do corpo
E. Habilidade de vestir a parte inferior do corpo
F. Utilização do toalete
Controle de Esfíncteres
G. Controle de bexiga
H. Controle de fezes
Mobilidade (transferência)
I. Transferência do leito, da cadeira, da cadeira de rodas
J. Transferência ao vaso sanitário
K. Transferência para a banheira ou chuveiro
Locomoção
L. Deambulação sobre o plano horizontal
M. Escadas
Comunicação
N. Compreensão
O. Expressão
Comportamento Social
P. Interação social
Q. Resolução de problemas
R. Memória

Apêndice D- Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 - Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 - Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Apêndice E - Escala de Resiliência Connors & Davidson

Escala de Resiliência de Connor – Davidson para o Brasil – RISC Br

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil – RISC-Br

(1) Participante Nº	(2) Data	(3) Nome	(4) Pesquisador:				
Quanto as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado ? Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.							
			Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
1	Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.		0	1	2	3	4
2	Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.		0	1	2	3	4
3	Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.		0	1	2	3	4
4	Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.		0	1	2	3	4
5	Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.		0	1	2	3	4
6	Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.		0	1	2	3	4
7	Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.		0	1	2	3	4
8	Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.		0	1	2	3	4
9	Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.		0	1	2	3	4
10	Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.		0	1	2	3	4
11	Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.		0	1	2	3	4

Direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - david011@mc.duke.edu - ou, no Brasil, Dr. Salmo - joaquimdosalmo@uol.com.br. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil – RISC-Br

		Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
12	Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	0	1	2	3	4
13	Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	0	1	2	3	4
14	Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
15	Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	0	1	2	3	4
16	Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	0	1	2	3	4
17	Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
18	Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	0	1	2	3	4
19	Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4
20	Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	0	1	2	3	4
21	Eu sei onde quero chegar na vida.	0	1	2	3	4
22	Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	0	1	2	3	4
23	Eu gosto de desafios.	0	1	2	3	4
24	Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	0	1	2	3	4
25	Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	0	1	2	3	4

Direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - david011@mc.duke.edu - ou, no Brasil, Dr. Salmo - joaquimdosalmo@uol.com.br. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

Apêndice F- Índice de Religiosidade da Universidade de Duke

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca
- (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca
- (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

Apêndice G- Escala Graduada de Dor Crônica - EGDC-Br

Escala Graduada de dor Crônica Brasil - EGDC-Br

Nome _____ Data _____

Nos seis meses que se passaram, em que lugar do corpo a dor mais incomodou você? _____

1. Quantos dias nos seis meses que se passaram você sentiu dor no [local]? (lembre-se que seis meses têm 180 dias).

Dias com dor _____

Se a dor não esteve presente nos últimos seis meses, não responda as perguntas abaixo.

2. Imagine que 0 significa "nenhuma dor", e 10 significa "a pior dor possível". Quanto está doendo o [local] agora?

Nenhuma dor A pior dor possível

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Imagine que 0 significa "nenhuma dor", e 10 significa "a pior dor possível". Nos três meses que se passaram, que nota você dá para a dor mais forte que sentiu no [local]?

Nenhuma dor A pior dor possível

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Imagine que 0 significa "nenhuma dor" e 10 significa "a pior dor possível". Nos três meses que se passaram, que nota você dá para a dor no [local] que costumava sentir na maioria dos dias?

Nenhuma dor A pior dor possível

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Nos três meses que se passaram, quantos dias você não pôde fazer suas atividades do dia-a-dia (trabalho, ir à escola, serviços domésticos, por causa da sua dor no [local])?

Dias sem fazer atividades _____

6. Nos três meses que se passaram, quanto sua dor no [local] atrapalhou suas atividades diárias (por exemplo: vestir-se, tomar banho, comer, pegar condução)? Imagine que 0 significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim.

Não atrapalhou em nada Não deixou fazer nada até o fim

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Nos três meses que se passaram, quanto sua dor no [local] atrapalhou suas atividades de lazer com a família e amigos (ver televisão, passear, visitar amigos)? Imagine que 0 significa que a dor não atrapalhou em nada, e 10 significa que a dor não deixou você participar de nenhuma atividade.

Não atrapalhou em nada Não deixou participar de nenhuma atividade

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Nos três meses que se passaram, quanto sua dor no [local] atrapalhou sua capacidade de trabalhar, incluindo serviços domésticos? Imagine que 0 significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim.

Não atrapalhou em nada Não deixou fazer nada até o fim

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fonte: 133. Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo 2008

Classificação da dor crônica

Classificação da dor crônica em graus		
Grau		
0 - sem dor	Nenhum problema de dor nos últimos seis meses	
	Intensidade característica da dor	Pontos de incapacidade
I - dor de baixa intensidade	menor que 50	0 - 2
II - dor de alta intensidade	maior ou igual a 50	0 - 2
III - dor moderadamente limitante	qualquer intensidade	3 - 4
IV - dor gravemente limitante	qualquer intensidade	5 - 6
Interferência da dor		
Dor de baixa interferência		Dor de alta interferência
graus I e II		graus III e IV
Persistência da dor (questão 1 - dias com dor)		
Dor não persistente		Dor persistente
1 - 89		90 - 180