

ESTRESSE PERCEBIDO EM UM GRUPO DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA EM SÃO PAULO

Resumo: Verificar a relação entre o estresse percebido e variáveis sociodemográficas, autopercepção e presença de agravos a saúde em um grupo de idosos que frequentam um Núcleo de Convivência localizado no município de São Paulo. Participaram 64 idosos de um total de 68 atendidos pelo serviço. O estresse foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido. A análise estatística foi realizada com os testes Análise de Variância, t-Student ou o não paramétrico de Mann-Whitney, além do Coeficiente de Correlação de Pearson. Para identificar quais variáveis influenciam maior pontuação na escala de estresse foi realizada Regressão Linear Múltipla. Dentre as variáveis estudadas depressão, morar acompanhado e dor crônica relacionaram-se ao aumento do estresse percebido, existindo forte correlação entre depressão e estresse. Entender as variáveis relacionadas ao estresse percebido e sua influência na vulnerabilidade da população idosa pode permitir criar estratégias de melhoria da qualidade de vida deste segmento etário.

Descritores: Idoso, Estresse Psicológico, Vulnerabilidade Social, Saúde do Idoso, Depressão.

Perceived stress in a group of elderly people participating in a community living center in the city of São Paulo

Abstract: To verify the relationship between perceived stress and sociodemographic variables, self-perception and the presence of health problems in a group of elderly people who attend a Community Living Center located in the city of São Paulo. Out of a total of 68 attendees of the service, 64 took part in the research. Stress was assessed using the Perceived Stress Scale. Statistical analysis was performed using the Analysis of Variance, Student's T-test or Mann-Whitney U tests, in addition to Pearson's correlation coefficient. Multiple Linear Regression was performed to identify which variables influence the highest score on the stress scale. Among the variables studied, depression, living together and chronic pain were related to the increase in perceived stress, with a strong correlation between depression and stress. Understanding the variables related to perceived stress and its influence on the vulnerability of the elderly population may allow the creation of strategies to improve the quality of life of this age group.

Descriptors: Aged, Stress Psychological, Social Vulnerability, Health of the Elderly, Depression.

Estrés percibido en un grupo de personas mayores que participan de un centro de vida en São Paulo

Resumen: Verificar la relación entre el estrés percibido y las variables sociodemográficas, la autopercepción y la presencia de problemas de salud en un grupo de personas mayores que asisten a un Centro Comunitario ubicado en la ciudad de São Paulo. Participaron 64 personas mayores de un total de 68 personas atendidas por el servicio. El estrés se evaluó mediante la Escala de Estrés Percibido. El análisis estadístico se realizó mediante el análisis de varianza, t-Student o prueba no paramétrica de Mann-Whitney, además del coeficiente de correlación de Pearson. Se realizó una regresión lineal múltiple para identificar qué variables influyeran en la puntuación más alta de la escala de estrés. Entre las variables estudiadas, la depresión, la cohabitación y el dolor crónico se relacionaron con el aumento del estrés percibido, con una fuerte correlación entre depresión y estrés. La comprensión de las variables relacionadas con el estrés percibido y su influencia en la vulnerabilidad de la población de edad avanzada puede permitir la creación de estrategias para mejorar la calidad de vida de este grupo de personas.

Descriptorios: Anciano, Estrés Psicológico, Vulnerabilidad Social, Salud del Anciano, Depresión.

Maria Elisa Gonzalez Manso

Doutorado em Ciências Sociais, mestrado e pós-doutorado em Gerontologia Social PUC-SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular de Saúde Coletiva do Centro Universitário São Camilo São Paulo
E-mail: mansomeg@hotmail.com

Leticia Silva de Jesus

Discente do curso de medicina Centro Universitário São Camilo SP.
E-mail: leticiajs@hotmail.com

Celia Maria Francisco

Doutora em Ciências e mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto Universidade de São Paulo-SP. Enfermeira. Professora dos cursos de enfermagem e medicina do Centro Universitário São Camilo SP.
E-mail: celia.francisco@prof.saocamilo-sp.br

Renata Laszlo Torres

Mestrado em Ciências da Saúde Universidade de São Paulo-SP. Enfermeira. Professora de Saúde Coletiva do Centro Universitário São Camilo São Paulo.
E-mail: relaszlo@gmail.com

Submissão: 05/04/2020

Aprovação: 29/05/2021

Publicação: 02/09/2021

Como citar este artigo:

Manso MEG, Jesus LS, Francisco CM, Torres RL. Estresse percebido em um grupo de idosos participantes de um núcleo de convivência em São Paulo. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):20-29.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.20-29>

Introdução

O envelhecimento populacional mundial, que se acentua a partir da segunda metade do século passado, pode ser considerado como um legado duradouro. Considerado como a “Revolução da Longevidade”, não se configurou como um “tsunami de idosos e suas necessidades” e sim como uma nova forma de estrutura etária populacional, apontando diversas potencialidades a todos os segmentos etários¹.

No Brasil, os jovens constituíam a maioria da população até as décadas de 60-70 do século passado, quando se inicia, no país, queda acentuada da fecundidade. Esta queda ocorreu de forma muito rápida, alterando velozmente a estrutura etária da população brasileira e acarretando um dos processos de envelhecimento mais intensos e velozes do mundo².

A longevidade deve ser comemorada, porém, não basta apenas agregar anos à vida, é de suma importância que estes anos a mais sejam vividos com qualidade e dignidade. O rápido envelhecimento populacional em uma sociedade como a brasileira, na qual persistem inúmeras desigualdades de acesso e segurança e ainda há iniquidades na saúde, impõem que tanto o Estado quanto a sociedade civil tenham papel ativo na formulação de políticas públicas que sejam garantidoras do envelhecer ativo e saudável.

Neste sentido e seguindo os ditames da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)- a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social do Município de São Paulo, disponibiliza uma série de serviços que buscam fornecer uma rede de proteção às pessoas com mais de 60 anos, buscando o fortalecimento de vínculos sociais e estimulando o

envelhecimento ativo. Dentre estes serviços, destacam-se os Núcleos de Convivência para Idosos (NCI)³.

Os NCI são serviços de proteção social básica, caracterizados pelo seu papel de estímulo à convivência e fortalecimento de vínculos, voltados para idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social. Por vulnerabilidade social entende-se a produção e reprodução de desigualdades sociais, processos discriminatórios e de segregação, fazendo com que indivíduos e famílias fiquem fragilizados, levando-os à exclusão social. Estes processos socio-históricos-culturais reduzem a capacidade de indivíduos ou grupos de responder a situações, dificultando sua inserção social, limitando o exercício de seus direitos básicos de cidadania e fragilizando sua saúde. O risco social ocorre quando estas situações de vulnerabilidade se tornam mais complexas e se agravam, existindo violação de direitos ou rompimento de vínculos^{3,4}.

Um dos critérios para caracterizar a vulnerabilidade social é a pessoa idosa ser beneficiária do programa de transferência de renda e benefícios assistenciais, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este tem o valor de um salário-mínimo e é pago pelo governo brasileiro à idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, tem dificuldades para a participação e interação plena na sociedade. Para a concessão deste benefício é exigido que a renda familiar mensal seja de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo por pessoa⁵. Além do BPC, o idoso deve também ter vivências de isolamento social por ausência de acesso

a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário³. Na cidade de São Paulo, a maior parte dos idosos que atendem a estas condições residem nas periferias da cidade, com destaque para as Zonas Sul e Leste⁶.

Os NCI são locais onde se promove acessibilidade, trabalhos sociais e socioeducativos/culturais (teatro, oficinas, dança, música, artesanato, palestras, debates, seminários, filmes, viagens), ações que auxiliam na construção e reconstrução das histórias e vivências individuais e coletivas, visando a melhora do convívio da pessoa idosa com sua família e comunidade. Tais atividades tornam o processo de envelhecimento mais ativo e saudável e geram motivação para novos projetos de vida, além de prevenir doenças, isolamento e asilamento³.

Autores ressaltam que, apesar da maioria dos idosos ter algum tipo de doença ou disfunção orgânica, este quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social^{1,7}. Entretanto, quando somadas doenças, violências, pobreza, exclusão social, o estresse pode comprometer sobremaneira a qualidade de vida destas pessoas, fragilizando-as.

O estresse, do ponto de vista transacional, caracteriza-se por uma relação singular entre o indivíduo e seu ambiente, mediada por processos cognitivos que levam o sujeito a avaliar situações e considerá-las excessivas face seus recursos de enfrentamento, ameaçando seu bem-estar. Assim, o indivíduo define por que e em que medida uma dada situação é estressora, não importando a qualidade do evento, mas sim a maneira como um evento é percebido e interpretado. Um evento estressor pode,

inclusive, variar conforme a cultura, o momento histórico e o ambiente no qual o sujeito se insere^{8,9}.

Os eventos estressores ativam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, elevando os níveis de catecolaminas e cortisol plasmático, o que pode favorecer o desencadeamento/agravamento/descompensação de condições tais como hipertensão arterial, diabetes, fraqueza muscular, osteoporose, obesidade, dislipidemias, entre outros, bem como contribuir, significativamente, para a redução da imunidade. Autores ressaltam que a persistência do estresse por um longo período de tempo pode levar a alterações no comportamento emocional, função social, processos cognitivos, crenças espirituais, assim como gerar sofrimento e prejudicar a comunicação¹⁰⁻¹².

Desta forma, agregar um fator externo considerado pelo sujeito como estressor pode levar a um processo de fragilização em idosos, comprometendo sua qualidade de vida, haja vista que estes já apresentam redução da reserva funcional e cognitiva devido a senescência. Na pessoa idosa a presença de doenças, o luto pela perda do cônjuge e/ou amigos, a aposentadoria ou hospitalização são fatores que comumente são considerados como estressores¹⁰.

A atenção interdisciplinar à pessoa idosa em qualquer tipo de serviço -seja da saúde ou da assistência social- implica em um plano de cuidados adequado, o qual deve incluir ferramentas que possam ser empregadas na melhoria do estresse crônico. Apesar destas observações, são poucos os artigos publicados sobre estresse percebido em idosos, sendo este assunto ainda insuficientemente explorado em relação a pessoa idosa, principalmente na área da enfermagem.

O objetivo deste trabalho é verificar a relação entre o estresse percebido e variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, presença de agravos a saúde e depressão em um grupo de idosos que frequentam um NCI localizado no município de São Paulo.

Material e Método

Esta pesquisa, de natureza quantitativa e transversal, foi realizada durante o segundo semestre de 2019, com um grupo de idosos vinculados a um NCI localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo, SP. Incluíram-se no estudo idosos com idade igual ou acima de 60 anos; ativos no NCI e que não apresentavam déficits cognitivos avaliados por um teste de triagem: o Miniexame do Estado Mental, considerando pontos de corte ajustados para escolaridade, segundo preconiza o Ministério da Saúde brasileiro¹³.

Foram inclusos 64 idosos de um total de 68 atendidos pelo serviço, os quais foram avaliados nas dependências do próprio núcleo, após leitura e assinatura pelo entrevistado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis de estudo, além do estresse percebido, foram sexo, idade, estado civil, morar ou não sozinho, hábito de fumar, consumo de álcool, autopercepção de saúde, presença de doenças crônicas e depressão. Para análise de depressão utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica de Yessavage (EDG) de 30 itens, considerando-se como ponto de corte pontuações maiores ou iguais a 11 como indicativas de transtorno de humor¹³.

O estresse foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale -PPS), instrumento validado e adaptado para uso no Brasil. Trata-se de

instrumento com 14 itens, com opções de resposta tipo Likert que variam de 0 a 4, sendo 0=nunca e 4=sempre. Há questões com conotação positiva do estresse, as quais tem sua pontuação somada invertida; já as perguntas com conotação negativa, são somadas diretamente. Os escores totais podem variar de 0 a 56, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido¹⁴.

Os dados, organizados em planilha de Excel, foram submetidos à análise estatística realizada pelo software SPSS versão 25 IBM®. Para as variáveis qualitativas, as estatísticas descritivas foram analisadas segundo as frequências absolutas (n) e as frequências relativas (%); já para as variáveis quantitativas, utilizou-se média e mediana. A variabilidade foi apontada pelo desvio-padrão, mínimo e máximo.

Com o propósito de comparação da média do escore total da escala PPS em relação às diversas variáveis do estudo, utilizaram-se os testes de t-Student ou o não paramétrico de Mann-Whitney (MW). Apenas para a comparação de estado civil (com 4 categorias), o teste utilizado foi a Análise de Variância (ANOVA). A análise de correlação foi feita pelo Coeficiente de Correlação de Pearson. Com a finalidade de identificar quais variáveis, conjuntamente, influenciam uma maior pontuação na escala PPS foi realizada a análise de Regressão Linear Múltipla. Para tanto, utilizou-se método de seleção de variáveis Stepwise Forward que não inclui no modelo final as variáveis que não sejam estatisticamente significantes. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com parecer nº 2.626.054 e CAAEE: 87307118.5.0000.5482.

Resultados

Foram entrevistados 64 idosos, com média de idade de 75,3 anos ($s=7,3$), mediana de 75,5 anos,

idade mínima de 61 anos e máxima de 97. A maioria ($n=57, 89,1\%$) destas pessoas são do gênero feminino, como se observa na Tabela 1 onde é apresentada a análise descritiva do grupo quanto aos dados sociodemográficos.

Tabela 1. Dados sociodemográficos do grupo de idosos frequentadores de um NCI na cidade de São Paulo, 2019.

Variável		N	%
Gênero	Masculino	7	10,9
	Feminino	57	89,1
	Total	64	100,0
Estado civil	Relação estável	22	34,4
	Solteiro(a)	5	7,8
	Separado(a)	8	12,5
	Viúvo(a)	29	45,3
	Total	64	100,0
Reside com	Sozinho	23	35,9
	Com companheiro, cônjuge ou filhos	40	62,5
	Outros (primos, tios, etc.)	1	1,6
	Total	64	100,0

Sobre a autopercepção de saúde, o grupo de idosos entrevistado ficou quase que pareado, sendo que 36 (56,3%) avaliaram sua saúde como boa ou muito boa e 28 (43,8%) como regular. Apenas um idoso mencionou ter saúde ruim.

Referiram ser tabagistas apenas três idosos, sendo que dois citaram fumar menos de um maço/dia. Quanto ao consumo de álcool, 74,2% ($n=46$) disseram não beber e 25,8% ($n=16$) que bebiam ocasionalmente.

Os agravos à saúde mais referidos por este grupo foram a Hipertensão Arterial ($n=45, 70,3\%$), as dislipidemias e dor crônica ($n=32, 50\%$ para ambos), doenças da tireoide ($n=20, 31,3\%$) e osteoporose ($n=15, 23,8\%$). A média de doenças encontrada foi de 3,5/idoso ($s=2,0$), variando de zero a oito enfermidades/pessoa.

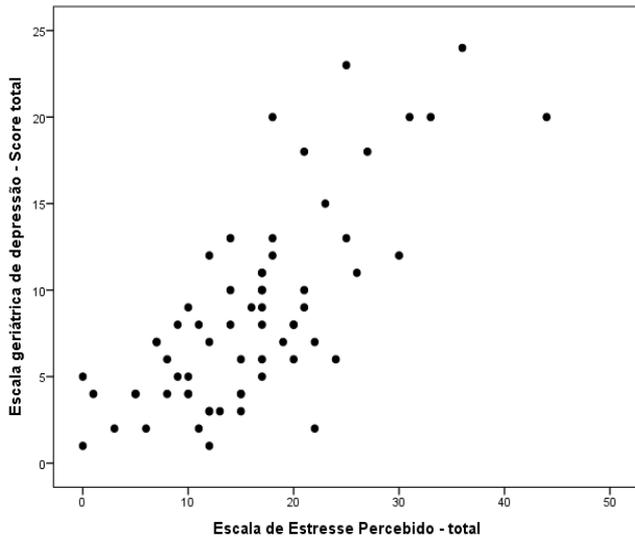
A pontuação média na EDG foi de 8,6 ($s=5,6$; mínimo=1; máximo=24). Já para a PPS, a pontuação total média foi de 16, com desvio-padrão de 8,5 (mínimo=0; máximo=44).

Dividir a moradia com alguém e ter autopercepção de saúde regular/ruim foram variáveis que se associaram significativamente com o escore total da escala PPS. Assim, idosos que moram acompanhados ou que tem má ou regular autopercepção de saúde foram os que apresentaram maior pontuação de estresse percebido ($p<0,05$).

Quando analisadas os agravos referidos por estes idosos, notou-se que hipertensão arterial, depressão e dor crônica apresentaram associação significativa com $p<0,05$. Desta forma, os idosos com um destes três agravos apresentaram maior pontuação na escala PPS. Ao estudar a correlação entre a EDG e a escala PPS,

pode-se observar alta correlação entre as escalas (0,7; 70%), como se visualiza no Gráfico 1.

Gráfico 1. Correlação entre escores da Escala Estresse Percebido e a Escala Geriátrica de Depressão, grupo de idosos de um NCI, cidade de São Paulo, 2019.



Ao analisar-se as variáveis conjuntamente notou-se que apenas depressão, morar acompanhado e dor crônica influenciaram significativamente no aumento da pontuação obtida na escala PPS (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis que influenciaram a maior pontuação na Escala de Estresse Percebido, grupo de idosos de um NCI, cidade de São Paulo, 2019.

Variáveis	β	Valor de p
Depressão	5,67	0,018
Morar acompanhado	4,54	0,027
Dor crônica	3,90	0,046

Discussão

A análise dos dados sociodemográficos do grupo de idosos pesquisados não difere, de maneira geral, dos dados encontrados na literatura para a população brasileira^{2,15}. Estudos mostram que fatores sociodemográficos, em especial relacionados ao gênero, associam-se a maiores níveis de estresse percebido¹⁶, mas estes estudos não têm como

público o segmento etário acima de 60 anos. Para este grupo pesquisado, esta associação não foi encontrada.

Destaca-se a porcentagem observada de participantes desta pesquisa que consideram sua saúde como boa/muito boa, a qual foi muito superior à alcançada em outros estudos realizados no Brasil, onde gira em torno de 20 a 25%, aproximadamente¹⁷. Esses resultados podem estar relacionados com a inserção do grupo em um NCI, criado para fortalecimento de vínculos e diminuição do isolamento social, fatores que podem levar a melhor autopercepção de saúde¹⁸.

Ter autopercepção de saúde má/regular associou-se, para estes idosos, a maiores pontuações na escala PPS, porém, quando o modelo foi ajustado pela regressão múltipla, esta variável não se mostrou significativamente relacionada ao estresse percebido neste grupo.

As doenças crônicas não transmissíveis associam-se a alguns comportamentos que podem elevar sua prevalência, como o hábito de fumar e o consumo de álcool. O tabagismo vem diminuindo expressivamente entre os adultos brasileiros, nos últimos anos, devido a políticas públicas que desestimulam este hábito¹⁹, o que pode explicar o baixo número de idosos fumantes encontrado no grupo. Já sobre o consumo de álcool, pesquisa do governo brasileiro mostra que a frequência de consumo tende a ser reduzida a partir dos 35 anos de idade¹⁹, porém, deve-se destacar que não foi aplicado nenhum instrumento a este grupo para verificação do consumo abusivo.

Dos agravos à saúde citados, nota-se, em alguns idosos deste grupo, um somatório de fatores que podem contribuir para piora da qualidade de vida destes idosos. A prevalência de hipertensão arterial

associada à dislipidemia alerta para um risco maior para ocorrência de eventos cardiovasculares. A hipertensão arterial apresenta elevada frequência populacional e incidência que aumenta conforme ocorre a elevação da idade e estima-se que cerca de três em cada quatro indivíduos não mantem os níveis pressóricos controlados. Este fato contribui para o surgimento de polifarmácia, interação medicamentosa, menor aderência e abandono do tratamento medicamentoso, acarretando diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa^{7,19}. Estudos mostram que indivíduos hipertensos possuem uma diminuição significativa da qualidade de vida quando comparados com normotensos, diminuição esta causada pela própria presença de condições crônicas, as quais afetam aspectos psicossociais, limitando a interação com o meio ambiente²⁰.

A associação encontrada entre hipertensão arterial e maior pontuação de estresse percebido neste grupo de idosos mostrou-se preocupante, pois, como já citado, o estresse, pelas modificações induzidas no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenais, é um fator potencializador do aumento dos níveis pressóricos, contribuindo para a dificuldade de manutenção destes em níveis considerados aceitáveis. Porém, quando o modelo foi ajustado pela regressão múltipla, a hipertensão arterial não se mostrou significativamente associada à maior pontuação na escala PPS.

Para este grupo, ter dor crônica associou-se significativamente, em todos os modelos estatísticos, à maior pontuação na escala PPS. A dor crônica é um sintoma difícil de ser avaliado, por ser altamente subjetivo e influenciado por inúmeras questões culturais e comportamentais. Sobrinho e

colaboradores²¹, trabalhando a relação entre estresse e dor crônica em mulheres acima de 50 anos, ressaltam que as manifestações clínicas de dor em pessoas idosas se diferenciam daquelas de indivíduos mais jovens. Assim, idosos tendem tanto a superestimar a sensação dolorosa, principalmente quando há declínio da função cognitiva, quanto a subestimá-la, o que ocorre na presença de sarcopenia. Estes autores encontraram forte relação entre estresse e dor crônica no grupo de mulheres por eles pesquisado, todas praticantes de atividades físicas. Porém, deve-se ressaltar que não foi encontrado nenhum artigo que trate especificamente da presença de estresse e dor crônica em idosos da comunidade, o que parece indicar uma lacuna de pesquisa.

A associação encontrada entre o morar acompanhado e maior nível de estresse percebido pode estar associada às próprias condições de vulnerabilidade social e rompimento de vínculos que levaram estes idosos a serem inscritos no NCI. As formas mais frequentes de violência doméstica contra a pessoa idosa são os abusos psicológicos e econômicos, seguidos pela negligência e abandono, e ocorre, em quase sua totalidade de casos, no próprio domicílio do idoso e parece relacionar-se à estrutura familiar²².

A composição familiar (sexo, idade, religião, classe socio-econômica, escolaridade, nacionalidade, profissão e número de componentes), se associa e é influenciada pelas posições e papéis dos integrantes, constantemente desafiados e postos à prova no jogo interacional e intergeracional, lócus onde se constitui o funcionamento familiar, afetado pela dinâmica familiar, relações hierárquicas e de poder. O convívio intergeracional explicita diversos interesses e

necessidades que se contrapõem e se tornam conflitantes, elevando a tensão intrafamiliar. O processo de envelhecer pode trazer novas possibilidades de convivência familiar, mas pode vir acompanhado de práticas sutis de violência psicológica, financeira e de abandono, tornando os idosos impotentes, envergonhados e temerosos para tomar iniciativas²²⁻²⁴.

Ressalta-se ainda que a violência entre os cônjuges pode estar presente na vida destas pessoas idosas há muitos anos e relaciona-se com o surgimento de depressão, dores, sintomas cardiovasculares e gastrointestinais, suicídio, entre outros agravos^{22,23}.

Depressão, para este grupo de idosos pesquisados, mostrou elevada correlação com maior pontuação na escala PPS. Depressão é um transtorno afetivo que envolve funções orgânicas e pensamento e se caracteriza por um sentimento de tristeza, ansiedade e culpa, além de sintomas orgânicos. Tanto a depressão quanto o estresse alteram o funcionamento fisiológico do corpo humano e predisõem a aumento da vulnerabilidade e fragilidade de seus portadores. Na pessoa idosa, a depressão está associada a inúmeros fatores biopsicossociais, tais como isolamento social, violência, presenças de doenças crônicas, entre outros, todos presentes, isoladamente ou em associação, neste grupo pesquisado^{12,25}.

Como ressaltado na introdução, o estresse é uma reação singular que pode ser percebida em eventos externos, aborrecimentos, tensões relacionadas aos papéis sociais, mas, também, pode ser desencadeada por eventos intrapsíquicos, em um sistema interativo^{8,9}. Assim, não é de se estranhar a

correlação forte obtida entre depressão e estresse percebido.

O estresse é um processo com múltiplas variáveis em constante interação e mudança, cujos disparadores ou antecessores são situações vividas como estressores pelas pessoas idosas, que avaliam estas demandas como excedentes em relação aos recursos de enfrentamento que dispõe. O resultado deste processo será expresso na forma de reações comportamentais, estados emocionais e alterações fisiológicas que trazem consequências tanto para o indivíduo quanto para o meio circundante⁸⁻¹⁰.

Os aborrecimentos do dia-a-dia, presença de agravos à saúde física e mental, a impossibilidade de exercício dos papéis durante a vida, presença de abusos e exclusão, entre outros, são importantes fontes de estresse e de vulnerabilidade social em idosos, em uma cadeia interrelacionada e interligada, onde cada fator estressor pode somar-se e influenciar o aparecimento dos demais, como observado neste grupo pesquisado.

Embora o assunto seja extremamente relevante e pouco pesquisado, podem-se apontar limitações a esta pesquisa, tais como tamanho amostral, tipo de estudo (transversal) e características do próprio grupo estudado, o que significa que estes dados não são replicáveis para toda a população brasileira.

Conclusão

Observou-se neste estudo que morar acompanhado, ter dor crônica e ter depressão associam-se significativamente com níveis elevados de estresse percebido em um grupo de idosos frequentadores de um NCI na cidade de São Paulo. Ter hipertensão arterial e autopercepção de saúde

regular/má parecem estar associados, em menor intensidade, ao estresse.

Entender as variáveis relacionadas ao estresse percebido e sua influência na vulnerabilidade da população idosa pode permitir criar estratégias interdisciplinares de promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida deste segmento etário. Para os profissionais de enfermagem, a compreensão destas variáveis pode auxiliar no fortalecimento de vínculos com a pessoa idosa, otimizando ações de atenção à saúde.

Referências

1. Centro Internacional Longevidade Brasil. Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta a uma Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro: CILC. 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: IBGE. 2015.
3. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS. 2014.
4. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(3):e00101417.
5. Ministério do Desenvolvimento Social. Benefício de Prestação Continuada-BPC. 2018. Disponível em: <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/mds-para-voce/carta-de-servicos/usuario/assistencia-social/bpc>>. Acesso em 20 out 2018.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da violência 2019. Fórum Brasileiro de Segurança Pública: Brasília. 2019.
7. Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB. Analysis of quality of life and associated factors in a group of elderly persons with supplemental health plans in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019; 22(4).
8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984.
9. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosoma. Med*. 1993; 55:234-247.
10. Fortes-Burgos A, Neri A. Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma Revisão. *Rev Bras Ciênc Envel Hum*. 2008; 5(1):103-114.
11. Rocha TPO, et al. Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. *Rev Científ FMC*. 2018; 13(2):31-37.
12. Ferreira GRS, Costa TF, Pimenta CJL, Silva CRR, Bezerra TA, Viana LRC, Costa KNFM. Capacidade funcional e eventos estressores em idosos. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1238
13. Gomes LMC, Martins LNSL. Avaliação cognitiva e do humor. In: Manso MEG, Biffi ECA (Orgs.). *Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari. 2015.
14. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Alexandro A. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Públ*. 2007; 41(4).
15. Mira BC, Ferreira AMR, Ozela CS et al. Determinantes Socioeconômicos e Comportamentais que Permeiam o Envelhecimento Ativo dos Idosos de um Centro Comunitário de Convivência. *Rev Fund Care Online*. 2019; 11(5):1122-1128.
16. Padulla SAT, et al. Tempo de hemodiálise relacionado ao nível de estresse e depressão em pacientes do Instituto do Rim da Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente. *Rev Fisioter FCT/UNESP*. 2009.
17. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Col*. 2016; 21(11):3377-3386.
18. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Supl.2):860-7.
19. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados*

brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde. 2019.

20. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho FL, Gonçalves ID, Neto JAF. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(5):442-451.

21. Sobrinho ACS, Silva MLA, Bueno Júnior CR. Associação de dor crônica com força, níveis de estresse, sono e qualidade de vida em mulheres acima de 50 anos. Fisioter Pesqui. 2019; 26(2).

22. Manso MEG, Lopes RGC. Violência contra a pessoa idosa, com ênfase no gênero feminino, no

cenário da América Latina e Caribe: revisão narrativa. PAJAR. 2018; 6(1):29-37.

23. Organização das Nações Unidas. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: Organização das Nações Unidas. 2015.

24. Colussi EL, Kuyawa A, De Marchi ACB, Pichler NA. Percepções de idosos sobre envelhecimento e violência nas relações intrafamiliares. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019; 22(4):e190034

25. Ramos FP, et al. Fatores associados à depressão em idoso. Rev Elet Acervo Saúde. 2019; (19):e239.