

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**ESTUDO SOBRE DOR LOMBAR CRÔNICA E DEPRESSÃO DE IDOSOS**

**Ariel Donatti**

**SÃO CARLOS**

**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**ESTUDO SOBRE DOR LOMBAR CRÔNICA E DEPRESSÃO DE IDOSOS**

**Ariel Donatti**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Keika Inouye

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

SÃO CARLOS

2019

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”*

*Fernando Pessoa*

*“Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito.”*

*Aristóteles*

## DEDICATÓRIA

Por toda minha vida, dedico aos meus **pais**, por me acompanharem e me auxiliarem ao longo dessa caminhada e finalmente, espero estar retribuindo todos os investimentos e dedicação que realizaram a mim. Grande parte da minha conquista foi graças a vocês, por me ensinarem a nunca desistir.

Aos **amigos** feitos ao longo da graduação, pelo apoio, amparo e conquistas vibradas juntos. Passei a criar junto a eles, bagagens, de erros e acertos, em que carregarei comigo para sempre. Também, dedico a eles parte da minha conquista.

E por fim, dedico à razão de estar no curso de Gerontologia e amar o que eu faço, aos meus **Avós**. Sem eles eu não teria conseguido percorrer essa longa jornada. Foram e são os meus exemplos para o resto da vida.

Vocês foram o meu caminho, espero que se orgulhem tanto quanto eu.

Obrigada por tudo!

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Keika**, pelo apoio, suporte, orientação e dedicação realizada ao longo desses anos. Pela persistência e insistência no meu trabalho. Você é uma pessoa que passei a admirar a cada dia mais e com certeza me serviu de inspiração ao longo de todos esses anos de parceria.

Obrigada por tudo que fez por mim.

Agradeço ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pelo apoio financeiro.

Ao Grupo de **Pesquisa Saúde e Envelhecimento** por tornar meu sonho real e me dar a oportunidade de realizar esse estudo. Obrigada por contribuir com o meu conhecimento e futuro.

À minha **família**, por todo suporte, carinho e compreensão. Vocês foram e são a base de tudo.

Ao meu namorado, **João Marcelo**, por todos os conselhos dados, amparo e o apoio para estar onde estou hoje. Você foi muito importante para mim e participou dessa fase junto comigo.

À minha melhor amiga, **Caroliny Grella**, por toda paciência, apoio, carinho e dedicação a mim ao longo de todos esses anos de graduação. Essa amizade me deu forças para nunca cogitar em desistir e sempre persistir. Sou imensamente grata a você.

Guardo cada um de vocês comigo, só foi possível porque foi com vocês.

Obrigada!

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ABVDs</b>	Atividades Básicas de Vida Diária
<b>AVDs</b>	Atividades de Vida Diária
<b>CEP/CONEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>CEP/UFSCar</b>	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>EMADOR</b>	Escala Multidimensional de Avaliação da Dor
<b>GDS</b>	Escala de Depressão Geriátrica
<b>IASP</b>	<i>International Association for the Study of Pain</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>Md</b>	Média
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
<b>RMDQ</b>	<i>Roland Morris Disability Questionnaire</i>
<b>SABE</b>	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>USFs</b>	Unidades de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição dos idosos segundo as variáveis de caracterização. São Carlos, 2014.....21
- Tabela 2** - Distribuição dos idosos segundo intensidade da dor percebida. São Carlos, 2014.....22
- Tabela 3** - Distribuição dos idosos segundo a caracterização da dor. São Carlos, 2014.....22
- Tabela 4** - Dados descritivos de depressão dos idosos. São Carlos, 2014.....23
- Tabela 5** - Dados descritivos de incapacidade/limitação relacionada à dor lombar dos idosos. São Carlos, 2014.....24

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Esquema de composição da amostra a partir da coleta realizada pelo Grupo de pesquisa “Saúde e Envelhecimento”, São Carlos, 2014.....17
- Figura 2** - Gráfico da relação entre a intensidade da dor lombar e o número de sintomas depressivos de idosos.....26
- Figura 3** - Gráfico da relação entre o número de incapacidades/limitações provocadas pela dor lombar e o número de sintomas depressivos de idosos.....27



## RESUMO

O envelhecimento populacional acarreta em aumento da prevalência de doenças crônicas e prejuízo da funcionalidade. Os sintomas depressivos e a dor crônica lombar afetam um número crescente de idosos e se tornam temas importantes de investigação. Neste sentido, este estudo teve como objetivo identificar a relação entre a intensidade de dor lombar crônica, a incapacidade gerada pela mesma e a presença de sintomas depressivos de idosos independentes para as atividades básicas de vida diária. Tratou-se de um estudo de caráter descritivo, quantitativo e de corte transversal. Foi analisada uma amostra de idosos independentes com quadro de dor lombar crônica (n=46) cadastrados nas Unidades Saúde da Família do município de São Carlos, SP. Para a coleta dos dados, foram utilizados: Ficha de Caracterização do Idoso, Escala Multidimensional de Avaliação da Dor – EMADOR, Questionário de Incapacidade de Roland-Morris e a Escala de Depressão Geriátrica - GDS. Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de análises descritivas e análise correlacional de *Spearman*. Todos os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos foram respeitados. Os idosos, em sua maioria, descrevem a dor lombar como dolorosa, persistente e desconfortável. Os resultados apontam que maiores intensidades da dor afetam negativamente o apetite, as relações interpessoais e a mobilidade. As análises correlacionais evidenciaram que existe relação significativa entre a intensidade da dor lombar e o número de sintomas depressivos de magnitude fraca e diretamente proporcional ( $\rho=0,302$ ,  $p=0,041$ ). Além disso, foi observada relação significativa entre o número de incapacidades/limitações provocadas pela dor lombar e o número de sintomas depressivos de magnitude moderada e diretamente proporcional ( $\rho=0,403$ ,  $p=0,005$ ).

**Palavras-Chave:** Dor crônica, Dor lombar, Depressão, Transtorno depressivo, Idoso, Saúde do idoso, Incapacidade, Gerontologia.

## **ABSTRACT**

### **Study on chronic lumbar pain and depression in senior persons**

Population ageing causes an increase in the prevalence of chronic diseases and functionality impairment. The depressive symptoms and chronic lumbar pain have been affecting a growing number of senior persons and have become important subjects of investigation. In that sense, this study was designed to determine the relationship between the intensity of the lumbar pain, the impairment generated by that pain and the presence of depressive symptoms in senior persons who are independent in their basic daily activities. The character of the study was descriptive, qualitative and cross-sectional. We analyzed a sample of independent elderly persons suffering from chronic lumbar pain (n=46) registered at the Family Health Units (Unidades Saúde da Família) in the municipality of São Carlos, São Paulo state. The following items were used to collect data: Elderly Characterization Record, Multidimensional Pain Assessment Scale - EMADOR (MPAS), Roland-Morris Disability Questionnaire and the Geriatric Depression Scale - GDS. The data collected were input into a databank in the software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* to perform descriptive analyses and a *Spearman* correlational analysis. The National Health Council ethical guidelines regarding research with human beings were fully respected. Most senior persons describe their lumbar pain as painful, persistently and uncomfortably. The results indicate that more intense pain negatively affects appetite, interpersonal relationships and mobility. The correlational analyses have demonstrated a significant relationship between the intensity of the lumbar pain and the number of depressive symptoms with a weak and directly proportional magnitude ( $\rho=0.302$ ,  $p=0.041$ ). Besides, we observed a significant relationship between the number of disabilities/ limitations caused by the lumbar pain and the number of depressive symptoms with a moderate and directly proportional magnitude ( $\rho=0.403$ ,  $p=0.005$ ).

**Key-Words:** Chronic pain, lumbar pain, depression, depressive disorder, elderly, health of the elderly, disability, gerontology.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>15</b>
2.1.  Objetivo Geral.....	15
2.2.  Objetivos específicos.....	15
<b>3. Método.....</b>	<b>15</b>
3.1.  Delineamento.....	15
3.2.  Local do estudo.....	16
3.3.  Participantes.....	16
3.4.  Procedimentos para coleta dos dados.....	17
3.5.  Instrumentos de coleta de dados.....	18
3.6.  Aspectos éticos.....	19
3.7.  Procedimentos de análise dos dados.....	20
<b>4. Resultados.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Discussão.....</b>	<b>27</b>
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>32</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>33</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>38</b>
<b>9. Apêndice.....</b>	<b>42</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A população mundial encontra-se em processo de transição demográfica em consequência da redução das taxas de fecundidade e mortalidade, o que acarreta na inversão da pirâmide etária (CLOSS; SCHWANKE, 2012). Nas últimas décadas, observou-se um aumento significativo na expectativa de vida ao nascer. Dados evidenciam que este aumento passou de 62,57 anos em 1980 para 73,17 anos em 2009. Estima-se que esta expectativa poderá chegar a 81,29 anos em 2050, ocasionando um aumento importante na proporção de idosos na população (SANTOS, 2014).

“O Brasil encontra-se entre os 35 países mais populosos do mundo, com o quarto mais intenso processo de envelhecimento, após a República da Coreia, Tailândia e Japão” (CLOSS; SCHWANKE, 2012, p.09). A longevidade, em nosso país, é atribuída às melhorias nas condições sanitárias e de vida e principalmente à queda acelerada das taxas de fecundidade e natalidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015; 2017).

Este fenômeno constitui-se como um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, principalmente nos países onde esse tem ocorrido em situações de pobreza e grande desigualdade social (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009). Segundo Closs e Schwanke (2012), a atual população idosa é um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância no conjunto da sociedade brasileira, decorrendo uma série de novas exigências, desafios e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social.

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre o público idoso. Assim, há um crescente número de indivíduos que apesar de viverem mais, apresentam condições crônicas. Isso leva ao aumento da necessidade de aprimoramento de conhecimento dos fatores que incidem sobre a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas à idade (LEANDRO, 2011).

Todas as pessoas, independentemente da idade, estão sujeitas a perdas durante o curso de vida. Na velhice, as perdas de entes queridos por morte ou separação, da identidade construída pelo papel profissional e familiar e da funcionalidade para atividades diversas podem aumentar a vulnerabilidade

para doenças dentre as quais a depressão se destaca (STELLA et al., 2002; TAVARES; NERI; CUPERTINO, 2004).

A depressão é uma doença mental que pode levar a agravos das doenças crônico-degenerativas ou incapacitantes, o que compromete a qualidade de vida. A literatura a considera como fator de risco para processos demenciais (STELLA et al., 2002). Nos idosos, os sintomas depressivos estão associados a déficit cognitivo, disfunção executiva, anedonia, falta de interação familiar e social, fadiga, insônia, perda ou ganho de peso, agitação ou retardo e pensamentos relacionados à morte (VILELA, 2017).

Segundo Stella et al. (2002), em pacientes idosos, a depressão é regularmente acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, tendência autodepreciativa, alterações do sono, humor e do apetite e pensamentos recorrentes de suicídio. Nos idosos deprimidos, o risco de suicídio é duas vezes maior quando comparado aos não deprimidos (STELLA et al., 2002). Vale ressaltar que, a depressão é a quarta causa de incapacidade no mundo e a previsão é que a mesma se torne a segunda em 2020 (VILELA, 2017).

Estima que cerca de um em cada dez indivíduos sofra de depressão (PRATA et al., 2011). Um estudo brasileiro, realizado por Porcu et al. (2002), avaliou a prevalência de sintomas depressivos entre diferentes populações com mais de 60 anos, os autores descreveram altos índices entre idosos hospitalizados (56,67%), institucionalizados (60%) e menor índice nos idosos da comunidade (23,34%). O que corrobora Vilela (2017) que aponta que os idosos que vivem em comunidade são os que apresentam melhores condições de vida (VILELA, 2017). De qualquer forma, pode-se observar que os idosos, mesmo em condições mais favoráveis, tem maior prevalência de depressão quando comparados à população geral (PRATA et al., 2011). A literatura aponta que, por razões socioculturais, os idosos muitas vezes relutam ou mesmo omitem sintomas mentais que, com frequência, permeiam suas queixas de natureza somática (STELLA, et al., 2002).

Além da depressão, a dor é uma condição clínica comum na velhice, frequentemente subestimada e subtratada (GOMES, 2007). A *International Association for The Study of Pain* (IASP) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou

potencial. Este sintoma é uma experiência individual que interfere no bem-estar e pode comprometer de modo direto a capacidade funcional (MERSKEY; BOGDU, 1994).

A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, podendo dificultar a realização das atividades de vida diária (AVDs) bem como limitar sua interação e convívio social, o que compromete a qualidade de vida (CELICH; GALON, 2009). Com o envelhecimento, a dor sofre influência do declínio de reserva funcional dos órgãos, das alterações da farmacocinética e farmacodinâmica, da polifarmácia e da concomitância de diversas morbidades, em especial deficiências sensoriais, cognitivas e depressão (GOMES, 2007). Também, sabe-se que o estado emocional tem influência direta na percepção da dor como sofrimento, podendo modificar a experiência da mesma por meio de expectativas, emoções, memórias e cultura do indivíduo (MORETI; BARSOTTINI, 2017).

A dor crônica é definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses. Sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidade e inabilidade prolongada (DELLAROZA et al., 2008).

Considerando os critérios estabelecidos pela *IASP* – ausência de base biológica aparente e duração por três meses ou mais, ou seja, além do período esperado para a cicatrização tecidual normal, “a prevalência de dor crônica na população geral de países desenvolvidos aponta uma média de 35,5%, variando de 11,5% a 55,5%, sendo de característica intensa em 11% dos adultos” (PINHEIRO et al., 2014, p. 214). Estima-se no Brasil que cerca de 30% e 40% da população sejam acometidas por dor crônica (PINHEIRO et al., 2014). Pacientes com mais de 60 anos se queixam duas vezes mais de dor (GOMES, 2007). Segundo Bottega e Fontana (2010), este sintoma é um desafio para os profissionais da saúde, especialmente pelo fato da dor ser um fator subjetivo, ou seja, imensurável pois não há um marcador biológico para a mesma.

A dor lombar é definida como uma dor, tensão ou rigidez localizada na região compreendida entre as últimas costelas e a linha glútea (FIGUEIREDO et al., 2013). Classificada como específica, quando os sintomas são causados

por condições clínicas definidas, ou como não específica, quando o mecanismo da dor não é claramente definido.

A coluna vertebral é uma das estruturas musculoesqueléticas que sofre maiores alterações morfológicas, acarretando limitações físicas com o envelhecimento. Entre os segmentos da coluna vertebral, a região lombar é apontada como a causa mais frequente de algias musculoesqueléticas não só em idosos, mas também em outras faixas etárias (ROSA GIODA et al., 2010).

Um estudo realizado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos considerou a dor crônica como um problema de saúde pública. A dor lombar é um problema de alto custo médico e social nos Estados Unidos, sendo responsável pela causa de perda de 1400 dias de trabalho por mil habitantes por ano. Na Europa, é a mais frequente causa de limitação em pessoas com menos de 45 anos e a segunda causa mais frequente de consultas médicas. Na Holanda, são registrados 10.000 novos casos de pacientes incapacitados para o trabalho pela dor a cada ano. No Brasil, em estudo realizado com pacientes com dor crônica, verificou-se que 94,9% apresentava comprometimento da atividade profissional (KRELING et al., 2006).

Estudos brasileiros observaram alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos residentes na comunidade (variando entre 51% e 67%), especialmente dores musculoesqueléticas (47% a 14%) (DELLAROZA et al., 2013a; 2013b). Grande parcela da população geral, entre 50 e 80%, é acometida por pelo menos um episódio de dor lombar em algum momento da vida (FIGUEIREDO et al., 2013).

Estudos de prevalência de comorbidades psiquiátricas associadas à dor crônica referem em primeiro lugar os transtornos de humor, entre os quais os transtornos depressivos alcançam porcentagens entre 30% e 87% dos casos; a depressão maior, de 8% a 50% e a distímia (transtorno depressivo persistente) está associada em mais de 75% das situações (PINHEIRO et al., 2014).

No idoso, é frequente que sintomas depressivos e dor lombar levem a maior suscetibilidade a incapacidade funcional, com prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho das atividades cotidianas e restrição na participação social (FIGUEIREDO et al., 2013). Contudo, estudos têm mostrado que 30 a 60% dos indivíduos com dor lombar apresentam sintomas

depressivos que influenciam diretamente no tempo de recuperação (FIGUEIREDO et al., 2013).

No que tange a incapacidade funcional para estudos de percepção de dor lombar crônica seria de suma importância para averiguar se permanece a relação desta com o componente emocional (sintomas depressivos) em idosos que não têm prejuízos causados pela dor nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro e transferir-se). Outro aspecto interessante seria avaliar e caracterizar, por meio de metodologia específica e padronizada, a incapacidade que a dor lombar crônica traz para o idoso.

Sintomas depressivos e dor crônica em idosos são importantes variáveis de pesquisa por afetarem diretamente a qualidade de vida desta população. A produção de conhecimento relacionada é essencial para a elaboração de programas específicos de intervenção, bem como promover ações de saúde.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar relação entre a intensidade de dor lombar crônica e a presença de sintomas depressivos de idosos independentes para as ABVDs.

Identificar relação entre a incapacidade gerada pela dor lombar crônica e a presença de sintomas depressivos.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil demográfico dos idosos independentes para as ABVDs com dor lombar crônica atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de São Carlos.

Descrever e caracterizar a dor lombar crônica dos participantes.

Descrever e caracterizar a incapacidade causada pela dor lombar crônica.

Descrever e caracterizar os sintomas depressivos dos participantes.

## **3. Método**

### **3.1 Delineamento**

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal.



### 3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado na cidade de São Carlos, um município de porte médio, localizado no interior do estado de São Paulo (SP). De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o número total de habitantes desse município era de 221.950 e o total de pessoas com 60 anos ou mais é de 28.868, o que correspondia a, aproximadamente, 13% da população total (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015). O município contava com 14 USFs na zona urbana e duas unidades na zona rural, com uma cobertura de 39.768 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2011).

O levantamento dos possíveis participantes foi realizado junto às USFs conforme descrição no item 3.3.

A coleta de dados foi realizada por integrantes de um Grupo de Pesquisa “Saúde e Envelhecimento” do qual o aluno e orientador fazem parte.

### 3.3 Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram 46 idosos independentes segundo o Índice de Katz que relatavam quadro de dor lombar crônica<sup>1</sup>.

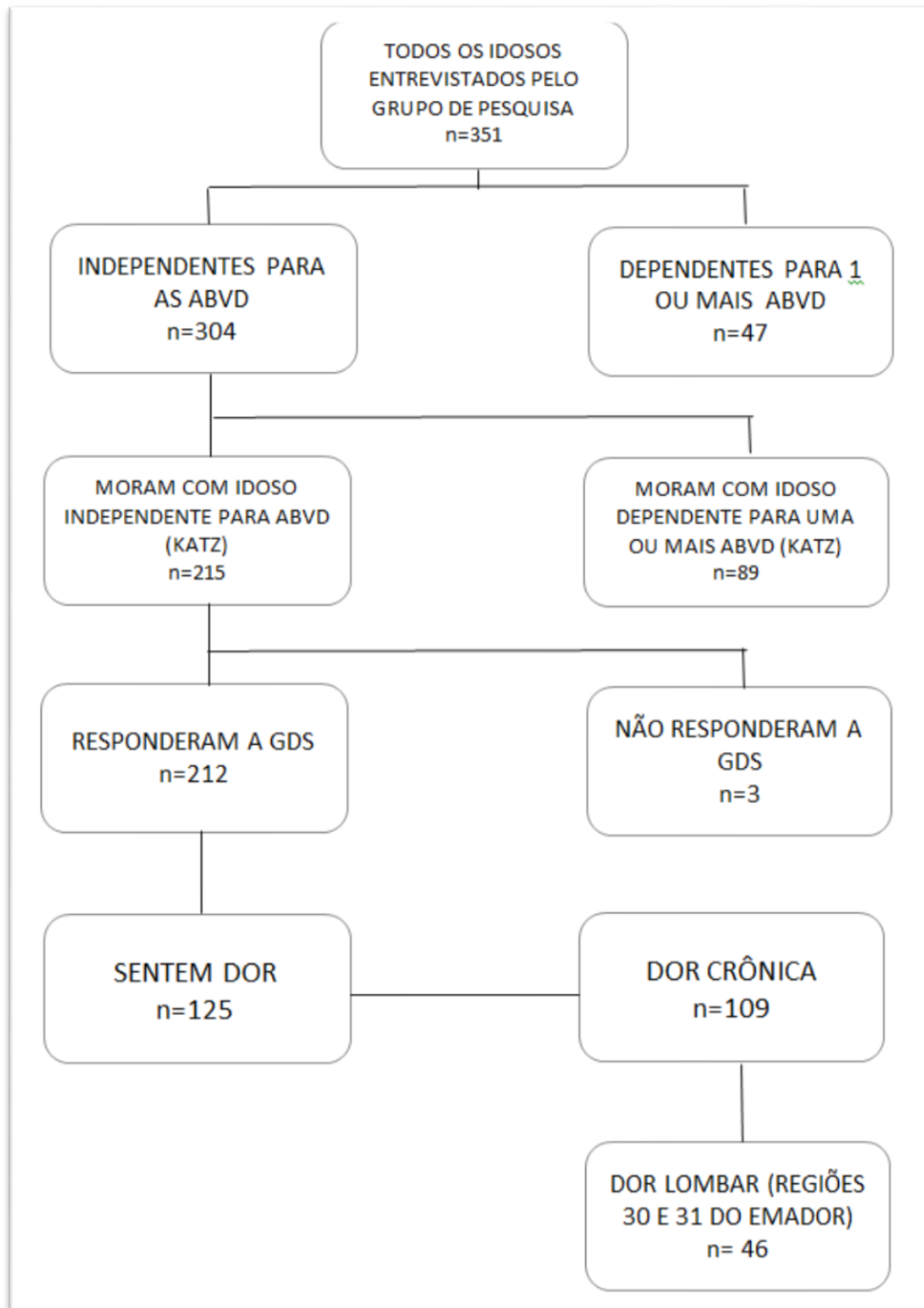
Os critérios de inclusão para os idosos foram:

- (a) Ter 60 anos ou mais de idade;
- (b) Ser cadastrado em uma das USFs do município de São Carlos (SP);
- (c) Conviver com outro idoso independente na mesma casa;
- (d) Ser independente para as ABVDs;
- (e) Relatar quadro de dor lombar crônica;
- (f) Ser capaz de compreender as questões da entrevista;
- (g) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A Figura 1 representa o esquema de composição da amostra a partir da coleta realizada pelo Grupo de pesquisa “Saúde e Envelhecimento”.

---

<sup>1</sup> Regiões 30 e 31 do item “Localização de dor” da Escala Multidimensional de Avaliação da Dor - EMADOR.



**Figura 1** - Esquema de composição da amostra a partir da coleta realizada pelo Grupo de pesquisa “Saúde e Envelhecimento”, São Carlos, 2014.

### 3.4 Procedimentos para a coleta de dados

Foi solicitada a cada uma das USFs uma relação dos domicílios com dois ou mais idosos cadastrados na área de abrangência com seus respectivos

nomes, idade e endereço. De posse dessa lista, as casas foram visitadas e os moradores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas realizadas por integrantes do referido Grupo de Pesquisa no domicílio dos cuidadores ou em locais previamente combinados segundo conveniência dos participantes.

### **3.5 Instrumentos de coleta de dados**

#### **Ficha de Caracterização do Idoso (Apêndice A)**

Trata-se de um questionário construído para este projeto que teve como finalidade a coleta de dados demográficos do participante.

#### **Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) (Anexo A)**

O instrumento de descritores que possibilitam analisar as dimensões sensitiva, afetiva e cognitiva da dor. Trata-se de um instrumento rápido, prático, confiável, sensível e válido. O estudo de Faleiros Sousa et al. (2010) evidenciou que as mensurações apresentam rigor metodológico, replicabilidade para a pesquisa científica, possibilidade de acompanhamento e análise dos mecanismos de ação de diferentes drogas farmacológicas e de outras condutas terapêuticas (FALEIROS SOUSA et al., 2010).

É composto por quatro partes. A primeira, rastreia e caracteriza a dor (ausência ou presença de dor, tipo de dor: crônica ou aguda).

A segunda, é uma *Escala de Intensidade Numérica da Dor* na qual o participante indica qual é a intensidade de sua dor numa escala de 0 a 10, sendo que 0 indica “sem dor”, 10 “dor máxima”. Há uma classificação da dor derivada por estes escores: nenhuma (0 pontos), leve (1 a 3 pontos), moderada (4 a 6 pontos), intensa (7 a 9 pontos) e insuportável (10 pontos).

A terceira parte classifica a dor segundo descritores preestabelecidos. Neste estudo, foram utilizados apenas os descritores da dor crônica, a saber: deprimente, persistente, angustiante, desastrosa, prejudicial, dolorosa, insuportável, assustadora, cruel e desconfortável. A última parte do instrumento se refere à localização da dor, utilizada como critério de inclusão para seleção da amostra. Apenas indivíduos com dores nas regiões 30 e 31 participaram deste estudo (FALEIROS SOUSA et al., 2010).

### **Questionário de Incapacidade de Roland-Morris (Anexo B)**

Roland e Morris desenvolveram em 1983 um questionário para avaliar a incapacidade funcional relacionada a dor de indivíduos com lombalgia – o *Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)*. O interesse a nível mundial pelo instrumento tem sido crescente, encontrando-se validado em 17 países (MONTEIRO et al., 2010; SARDÁ JÚNIOR et al., 2010).

O questionário é constituído por 24 perguntas de resposta dicotómica (sim ou não) e o resultado final corresponde à soma das respostas sim. Este resultado pode variar entre 0 e 24, sendo que a pontuação 0 indica uma pessoa “sem limitações”, 24 “limitações muito graves” (MONTEIRO et al., 2010; SARDÁ JÚNIOR et al., 2010).

### **Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Anexo C)**

É um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de sintomas depressivos em idosos. Diversos estudos demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos. Além disso, versões reduzidas da GDS com 1, 4, 10, 15, e 20 questões (em contraste com as 30 questões da versão original) vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais frequente. O uso dessas versões reduzidas na prática clínica é ainda mais atraente, uma vez que o tempo gasto com sua aplicação pode ser substancialmente reduzido (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Esta pesquisa utilizou a escala de 15 perguntas. As variações de pontuação são assim consideradas: normal (de 0 a 5 pontos), depressão leve (6 a 10 pontos) e depressão severa (11 a 15 pontos) (ORTIZ; SILVA WANDERLEY, 2013).

## **3.6 Aspectos éticos**

Foram respeitados todos os preceitos éticos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer 711.592 (ANEXO D) e faz parte das atividades de um Grupo de Pesquisa do qual o aluno e o orientador fazem parte.

Todos os participantes foram informados dos respectivos objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo das informações individuais.

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

É importante salientar que os indivíduos somente participaram da pesquisa após consentimento. Não foi observado qualquer tipo de dano físico ou psíquico se tratando dos procedimentos descritos neste estudo. Foi assegurado ao participante, a qualquer momento durante a coleta de dados, o direito de interromper sua participação sem compromisso de justificativa.

### **3.7 Procedimentos de análise dos dados**

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de:

- Análises descritivas para caracterizar o perfil dos idosos;
- Análises descritivas para caracterizar dor, incapacidades causadas pela dor e sintomas depressivos dos idosos;
- Análise correlacional de *Spearman* para identificar a relação entre a intensidade da dor, incapacidade gerada pela dor lombar crônica e o número de sintomas depressivos dos idosos.

## **4. Resultados**

### **4.1 Perfil demográfico dos idosos da amostra**

Todos os 46 idosos entrevistados contavam com apoio social familiar, na figura de outro idoso que morava na mesma casa. Este recorte foi considerado devido à importância deste tipo de apoio quando se estuda variáveis com componente afetivo como depressão e percepção de dor. Nenhum idoso deste estudo morava sozinho e todos contavam com um idoso independente para lhe fazer companhia.

A amostra era predominantemente do sexo feminino (89,1%, n=41), branca (78,3%, n=36), casada (95,7%, n=44), aposentada (52,2%, n=24), católica (63,0%, n=29), com baixa escolaridade (80,4% tinham até a quarta série do antigo primário, n=37; ou média de 3,59 anos de escolaridade –

Md=4,00; DP = 2,90,  $x_{\min} = 0$ ,  $x_{\max} = 12$ ) e sem plano de plano de saúde (84,8%%, n=39).

A média das idades era de 67,02 anos (Md=65,00; DP = 5,54,  $x_{\min} = 60$ ,  $x_{\max} = 81$ ). Os idosos tinham 4,56 filhos (Md=4,00; DP = 2,62,  $x_{\min} = 0$ ,  $x_{\max} = 4$ ) e uma renda mensal de R\$ 577,24 (Md=558,50; DP = 841,67,  $x_{\min} = 0$ ,  $x_{\max} = 4500,00$ )<sup>2</sup>.

As proporções detalhadas das variáveis categóricas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos idosos segundo as variáveis de caracterização. São Carlos, 2014.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Proporção (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	41	89,1
Masculino	5	10,9
Total	46	100,00
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	44	84,8
Solteiro	1	2,2
Viúvo	1	2,2
Total	46	100,00
<b>Aposentado</b>		
Sim	24	52,2
Não	22	47,8
Total	46	100,00
<b>Escolaridade</b>		
Nunca foi à escola	12	26,1
Curso de alfabetização	3	6,5
Primário	25	54,3
Ginásio	3	6,5
Científico	3	6,5
Total	46	100,00
<b>Religião</b>		
Católico (a)	29	63,0
Outros	16	36,9%
Não possui	1	2,2
Total	46	100,00
<b>Etnia</b>		
Branca	36	78,3
Preta	5	10,9
Mulata	5	10,9
Total	46	100,00

<sup>2</sup> Valor do Salário Mínimo em 2014: R\$ 724,00.

<b>Renda suficiente</b>		
Não	29	63,0
Sim	17	37,0
Total	46	100,00
<b>Plano de saúde</b>		
Não	39	84,8
Sim	7	15,2
Total	46	100,00

## 4.2 Caracterização da dor lombar dos idosos

A intensidade mais frequente de dor percebida pelos idosos foi a intensa (43,5%, n=20), seguida pela moderada (41,3%, n=19). A distribuição dos idosos segundo a intensidade da dor percebida é apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição dos idosos segundo intensidade da dor percebida. São Carlos, 2014.

INTENSIDADE DA DOR PERCEBIDA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Nenhuma (0)	1	2,2%
Leve (1 a 3)	-	-
Moderada (4 a 6)	19	41,3%
Intensa (7 a 9)	20	43,5%
Insuportável (10)	6	13%

No que tange a caracterização da dor, os descritores mais frequentes foram desconfortável (93,5%, n=43), dolorosa (91,3%, n=42) e persistente (76,1%, n=35). A distribuição dos idosos segundo a caracterização da dor é apresentada na Tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição dos idosos segundo a caracterização da dor. São Carlos, 2014.

DESCRITOR DE DOR	FREQUÊNCIA			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Deprimente	28	60,9%	18	39,1%
Persistente	35	76,1%	11	23,9%
Angustiante	30	65,2%	16	34,8%
Desastrosa	21	45,7%	25	54,3%
Prejudicial	32	69,6%	14	30,4%
Dolorosa	42	91,3%	4	8,7%
Insuportável	28	60,9%	18	39,1%
Assustadora	20	43,5%	26	56,5%
Cruel	23	50%	23	50%
Desconfortável	43	93,5%	3	6,5%

### 4.3 Caracterização dos sintomas depressivos dos idosos

Dos 46 idosos entrevistados apenas 2,2% (n=1) apresentaram indícios de depressão severa, 28,3% (n=13) apresentaram depressão leve e 69,5% (n=32) obtiveram uma pontuação considerada normal. O escore total médio obtido por meio da Escala de Depressão Geriátrica foi de 4,37 pontos (Md=4,00; DP = 2,67,  $x_{\min}$  = 0,00,  $x_{\max}$  = 11,00). Vale ressaltar que os três itens de maior frequência apresentados acima foram o 11 (Você acha maravilhoso estar vivo?), 7 (Você se sente feliz a maior parte do tempo?) e 1 (Você está satisfeito com a sua vida?) relacionados a felicidade e satisfação com a vida.

A distribuição dos idosos segundo a percepção de sintomas depressivos é apresentada na Tabela 4.

**Tabela 4** – Dados descritivos de depressão dos idosos. São Carlos, 2014.

Itens da GDS	Freq. Absoluta (n)		Freq. Relativa (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
1 Você está satisfeito com sua vida?	39	7	84,8%	15,2%
2 Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	25	21	54,3%	45,7%
3 Você sente que sua vida está vazia?	15	31	32,6%	67,4%
4 Você se aborrece com frequência?	17	29	37,0%	63,0%
5 Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	39	7	84,8%	15,2%
6 Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	26	20	56,5%	43,5%
7 Você se sente feliz a maior parte do tempo?	40	6	87,0%	13,0%
8 Você sente que sua situação não tem saída?	8	38	17,4%	82,6%
9 Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	24	22	52,2%	47,8%
10 Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	17	29	37,0%	63,0%
11 Você acha maravilhoso estar vivo?	44	2	95,7%	4,3%
12 Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	9	37	19,6%	80,4%
13 Você se sente cheio de energia?	30	16	65,2%	34,8%



14 Você acha que sua situação é sem esperanças?	7	39	15,2%	84,8%
15 Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	15	31	32,6%	67,4%

#### 4.4 Caracterização da incapacidade/limitação relacionada à dor lombar dos idosos

O escore médio de incapacidades (limitações) relacionadas à dor lombar, nas regiões 30 e 31, obtido por meio do Questionário de Incapacidade Roland-Morris, foi de 11,391 pontos ( $Md=10,500$ ;  $DP = 7,188$ ,  $x_{min} = 0,00$ ,  $x_{max} = 24,00$ ). Vale ressaltar que os três itens de maior frequência relacionados a interrupção de tarefas básicas por causa da dor foram: 15 – Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores (82,6%,  $n = 38$ ); 19 - Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas (80,4%,  $n = 37$ ) e 20 – Fico sentado maior parte do dia por causa da minha dor (76,1%,  $n = 35$ ) (Tabela 5).

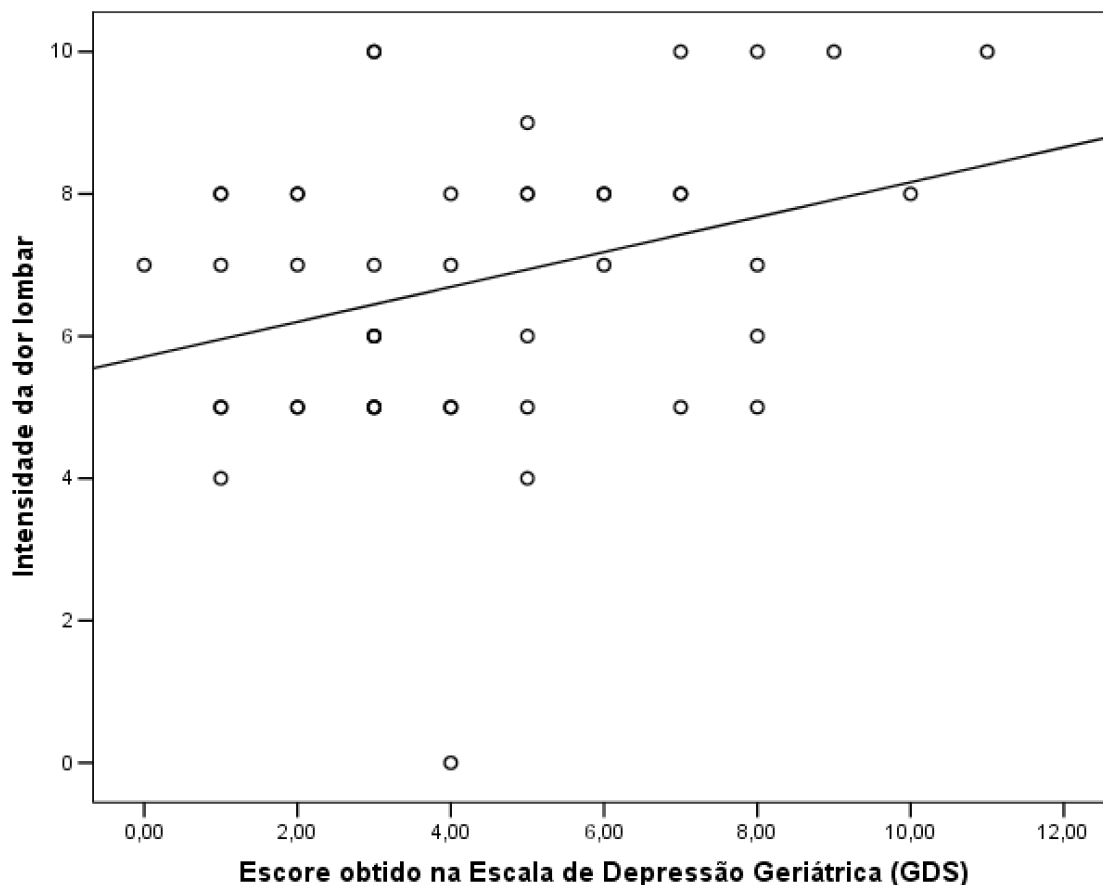
**Tabela 5** – Dados descritivos de incapacidade/limitação relacionada à dor lombar dos idosos. São Carlos, 2014.

Itens do Questionário de Incapacidade Roland-Morris	Freq. Absoluta (n)		Freq. Relativa (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor	29	17	63,0%	37,0%
2. Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com minha dor	13	33	28,3%	71,7%
3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor	17	29	37,0%	63,0%
4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa	21	25	45,7%	54,3%
5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas	19	27	41,3%	58,7%
6. Por causa da dor eu deito para descansar frequentemente	24	22	52,2%	47,8%
7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em algumas coisas para me levantar de uma poltrona	21	25	45,7%	54,3%
8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim	32	14	69,6%	30,4%
9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores	19	27	41,3%	58,7%
10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor	23	23	50,0%	50,0%
11. Por causa da dor tento não me	14	32	30,4%	69,6%

abaixar ou me ajoelhar				
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor	26	20	56,5%	43,5%
13. Sinto dor quase todo o tempo	23	23	50,0%	50,0%
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor	21	25	45,7%	54,3%
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores	38	8	82,6%	17,4%
16. Tenho dificuldade para colocar minhas metas por causa da dor	33	13	71,7%	28,3%
17. Caminho apenas curtas distancias por causa das minhas dores	23	23	50,0%	50,0%
18. Não durmo tão bem por causa das dores	26	20	56,5%	43,5%
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas	37	9	80,4%	19,6%
20. Fico sentando a maior parte do dia por causa da minha dor	35	11	76,1%	23,9%
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor	14	32	30,4%	69,6%
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal humorado com as pessoas do que em geral	23	23	50,0%	50,0%
23. Por causa da dor subo escadas mais vagarosamente do que o habitual	15	31	32,6%	67,4%
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores	34	12	73,9%	26,1%

#### 4.5 Análise correlacional entre a dor e a depressão

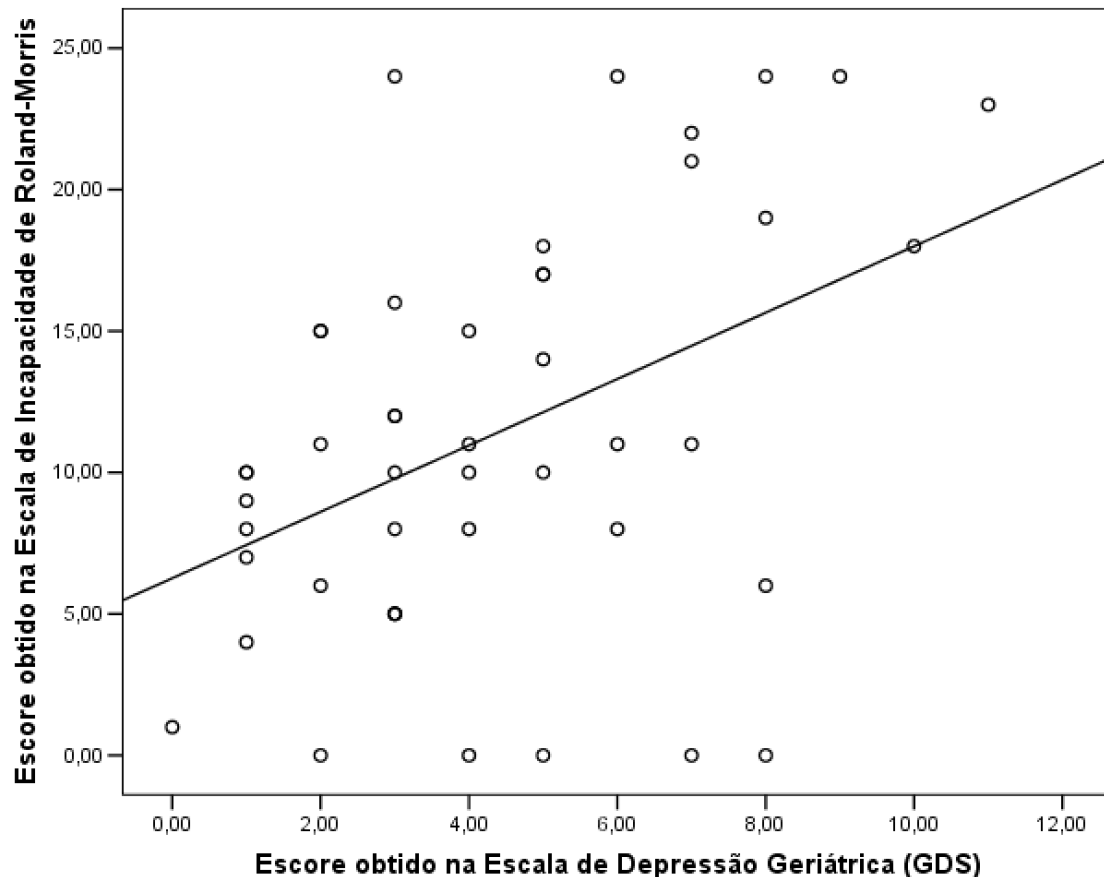
A análise correlacional evidenciou que existe relação significativa entre a intensidade da dor lombar e o número de sintomas depressivos de magnitude fraca e diretamente proporcional ( $\rho=0,302$ ,  $p=0,041$ ) (Figura 2).



**Figura 2** – Gráfico da relação entre a intensidade da dor lombar e o número de sintomas depressivos de idosos.

#### 4.6 Análise correlacional entre a incapacidade e a depressão

A análise correlacional evidenciou que existe relação significativa entre o número de incapacidades/limitações provocadas pela dor lombar e o número de sintomas depressivos de magnitude moderada e diretamente proporcional ( $\rho=0,403$ ,  $p=0,005$ ) (Figura 3).



**Figura 3** – Gráfico da relação entre o número de incapacidades/limitações provocadas pela dor lombar e o número de sintomas depressivos de idosos.

## 5. Discussão

A predominância do sexo feminino da amostra era esperada uma vez que a literatura aponta que mulheres tendem a apresentar maior prevalência de dor quando comparada aos homens. Alguns autores supõem que as mulheres têm maior predisposição às lombalgias devido a particularidades anatomofuncionais, tais como: menor estatura, menor massa muscular; menor densidade óssea, fragilidade articular e menor adaptação ao esforço físico. Além disso, as cargas ergonômicas impostas pela realização das tarefas domésticas e do trabalho fora de casa potencializam o risco às dores lombares (SILVEIRA et al., 2011).

O significado da dor pode ser influenciado por questões culturais e sociais que acabam por permitir à mulher uma expressão ou manifestação mais aberta ou de aceite da dor, enquanto se encorajam os homens a subvalorizá-la (ZAVARIZE; WECHSLER, 2012).

Uma vez que a amostra era constituída por idosos com apoio social familiar, na figura de outro idoso que morava na mesma casa, era esperado que a maioria fosse mesmo casada. Pode-se dizer que o perfil dos idosos da amostra era típico da literatura: mulher, com menos de 75 anos, casada, com baixa renda e pouca escolaridade. Estudos recentes sobre idosos atendidos em USFs relatam este mesmo perfil (POUBEL et al., 2017; SANTOS-ORLANDI et al., 2017; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017, BRIGOLA et al., 2017; XIMENES et al., 2017).

O predomínio acentuado do sexo feminino ocorre em consequência da sobremortalidade masculina, caracterizando a feminização do envelhecimento, e a baixa escolaridade, sobretudo entre as mulheres, é uma realidade uma vez que no passado, a valorização da educação feminina era voltada para os cuidados e afazeres domésticos (MARTINS; CAMPOS-OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

A etnia branca, a aposentadoria e a religião católica predominantes estão em consonância com dados demográficos dos idosos brasileiros e de caracterização da literatura (BRANCO et al. 2017; ALMEIDA JÚNIOR et al., 2017; NUNES et al., 2017). De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2015, a maioria dos brasileiros (45,22%) se declaravam como brancos e, dentre os idosos, 75,6% eram aposentados e/ou pensionistas (IBGE, 2016; 2017).

Sendo a religião católica predominante no Brasil (FERNANDES, 2015), a amostra se alinhou a este dado e 97,80% dos idosos afirmaram ter alguma religião, fato apontado como positivo pela literatura. Segundo Vecchia et al. (2005), existe relação entre religiosidade, bem estar e qualidade de vida. Uma revisão sistemática da literatura conduzida por Amorim et al. (2017) evidencia que a religiosidade está associada de forma significativa e positiva à capacidade funcional de idosos.

O fato de não possuir plano de saúde, somado a renda considerada insuficiente reafirmam a importância do Sistema Único de Saúde para o atendimento dos idosos com queixas de dor lombar que necessitam de acompanhamento contínuo (MATA et al., 2011; PEREIRA DA SILVA et al., 2011; MARTINEZ et al., 2004).

A dor lombar foi percebida pela maioria dos idosos como intensa ou moderada. Dados provenientes do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), que teve como objetivo identificar as condições de vida e de saúde de idosos residentes na América Latina e Caribe, evidenciaram resultados semelhantes; dos idosos com dor crônica, 45,8% relataram sentir dores moderadas e 27,55% sentiam dores intensas (DELLAROZA et al., 2013a; 2013b).

É sabido que a dor lombar crônica pode levar a deficiências tanto no desempenho funcional quanto na capacidade física, restringindo principalmente as atividades ocupacionais e de lazer, ameaçando a independência do idoso para realizar suas AVDs (SILVEIRA et al, 2011). Sendo a amostra composta em sua totalidade por idosos com dor lombar, esperava-se uma grande prevalência da maior intensidade. Porém, os resultados nos mostraram que a dor considerada “insuportável” foi pouco prevalente (13,0%) e a mais prevalente foi “intensa” (43,5%).

Foram encontrados poucos estudos que utilizavam os descritores do EMADOR, o que dificultou a comparação dos dados. Nesta pesquisa, os idosos classificaram a dor principalmente como desconfortável (93,5%), dolorosa (91,3%) e persistente (76,1%). Pelegrin et al. (2014) avaliaram 46 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência, estes classificaram a dor como intensa (30,43%) e o descritor mais citado pelos participantes foi “dolorosa”.

Dos 46 cuidadores idosos entrevistados, apenas 2,2% apresentaram indícios de depressão severa, 28,3% apresentaram depressão leve e 69,5% obtiveram uma pontuação considerada normal. A literatura destaca associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas, indicando que as desigualdades sociais influenciam as condições de vida e de saúde e podem contribuir para o aparecimento desses sintomas. Baixa escolaridade, idade e perda econômica foram associadas aos sintomas depressivos (BORGES et al, 2013). Indivíduos com baixa escolaridade têm maior risco à sintomatologia depressiva, sinalizando que a alta escolaridade é um fator protetor. O nível educacional possibilita que o indivíduo amplie os recursos de enfrentamento às situações estressantes da vida (BORGES et al., 2013).

Em indivíduos de faixa etária mais elevada, há um decréscimo nas condições físicas, sobretudo naqueles que apresentam problemas de coluna. Além disso, estudos comprovam que indivíduos com mais de 60 anos se queixam duas vezes mais que indivíduos com menos de 60 anos de idade (ZAVARIZE; WECHSLER, 2012).

Sobre as incapacidades/limitações relacionadas à dor lombar, 82,6% dos idosos relataram sofrer perda de apetite, 80,4% disseram que necessitam da ajuda de outras pessoas com a vestimenta e, por fim, 76,1% ficam sentados a maior parte do tempo. Contudo, conclui-se que a dor afeta diretamente a vida do indivíduo, e que sua intensidade pode dificultar a realização das atividades cotidianas, podendo gerar incapacidade funcional e depressão (FIGUEREDO et al., 2013).

Uma meta-análise realizada no ano de 2004, teve como objetivo identificar a epidemiologia da dor na depressão, observou que cerca de 75% dos indivíduos deprimidos que compuseram as amostras, queixavam-se de sintomas físicos dolorosos, como dores de cabeça, dores epigástricas, dores no pescoço e nas costas, bem como apontaram a presença de dor generalizada não específica. Contudo, a presença de sintomas algícos foram preditores de maior gravidade quanto aos desfechos da depressão (LÉPINE; BRILEY, 2004).

Estudos que avaliaram a incapacidade relacionada à dor lombar, por meio do Questionário de Incapacidade Roland-Morris encontrados, não foram específicos para a avaliação da população idosa, e evidenciaram menores escores de incapacidade. Em estudo realizado por Nogueira e Navega (2011) com 31 trabalhadores do setor administrativo, com idade média de 31,81 anos ( $dp=8,33$ ), os escores de incapacidade foram de 1,06 pontos ( $dp=1,65$ ). Bento, Paiva e Siqueira (2009) avaliaram indivíduos com dor lombar crônica não específica, com idade entre 18 a 75 anos, os índices de incapacidade foram de 7,77 pontos ( $dp=5,5$ ). Tsukimoto et al. (2006) analisaram prontuários de 244 pacientes com lombalgia crônica com idade média de 46,8 anos ( $dp=11,90$ ), variando de 18 a 73 anos, os índices de incapacidade foram de 6,9 ( $dp=3,9$ ). Visto que os escores de incapacidade desta pesquisa foram expressivamente superiores ( $M=11,39$  pontos;  $dp=DP = 7,19$ ), pode-se inferir o ônus da dor lombar em idosos.

A relação significativa e diretamente proporcional entre intensidade da dor lombar, número de incapacidades/limitações provocadas pela mesma e o número de sintomas depressivos corroboram a existência de um modelo de depressão no idoso relacionado à dor. Idosos que não eram deprimidos antes do quadro, passam a apresentar a sintomatologia depressiva por causa da dor crônica. A depressão é importante marcador de incapacidade do idoso, pois afeta a saúde de modo geral e, conseqüentemente, a capacidade funcional (BORGES et al., 2013).

Por sua vez, componentes emocionais envolvidos no processo de dor crônica podem expressar-se, algumas vezes, de maneira mais significativa que os componentes sensitivos. Emoções e valores simbólicos influenciam a percepção da dor, descaracterizando a proporcionalidade entre estímulo doloroso e a dor percebida pelo indivíduo. Depressão, ansiedade e estresse, associados à mudança de tônus muscular e fatores hormonais, acarretam fadiga e, conseqüentemente, aumento do quadro doloroso. Isto justifica a importância de se investigar, além das questões meramente físicas e objetivas, os aspectos emocionais e as características de personalidade do indivíduo (ZAVARIZE; WECHSLER, 2012, p. 404-405).

Segundo Trivedi (2004), depressão e dor compartilham a mesma via neuroquímica mediada pelos neurotransmissores serotonina e norepinefrina, indicando que a depressão e os sintomas físicos dolorosos devem ser tratados em conjunto. O autor afirma não ser recomendada uma abordagem única que pode resultar em remissão incompleta e mau prognóstico. É necessário escolher intervenções eficazes que promovam a eliminação dos sintomas físicos dolorosos associados à depressão, a fim de garantir a remissão e o retorno ao pleno funcionamento do indivíduo.

Deste modo, é de suma importância, a atenção da família, fonte da principal rede de apoio, e de profissionais qualificados no processo de acompanhamento da dor crônica, uma vez que o estudo mostra relação entre esta variável e a depressão. Fatores esses que quando, não dada a devida atenção, pode afetar a qualidade de vida e desencadear ainda, outros fatores numa espiral descendente.

Estudos aprofundados no tema permitiriam uma maior racionalização das medidas terapêuticas, elaboração de estratégias de prevenção e controle da dor. O prolongamento da vida com manutenção da capacidade funcional



reduz os custos com cuidados médicos, diminui do uso de serviços hospitalares e de cuidados domiciliares (BRAGA et al., 2015).

Esta pesquisa não permite fazer generalizações e extrapolações gerais devido a algumas limitações metodológicas. Trata-se de uma experiência pontual, com a participação de idosos de uma única cidade do interior do estado de São Paulo, atendidos especificamente nas USFs. O número relativamente pequeno de participantes se deu pela rigidez dos critérios de inclusão e exclusão que garantem minimização dos vieses, mas reduzem o tamanho da amostra. Seria interessante contemplar idosos da comunidade de forma geral, em amostras robustas e análises comparativas, além das correlacionais apresentadas. Além disso, a inespecificidade da dor lombar precisa ser considerada e pesquisas futuras poderiam abordar dores lombares com origens patológicas específicas.

## **6. Conclusão**

A partir dos resultados desta pesquisa, pode-se concluir que há uma relação significativa e diretamente proporcional entre a intensidade da dor crônica na região lombar e o número de sintomas depressivos. Em consonância, existe também uma relação significativa entre a quantidade de incapacidades/limitações provocadas pela dor e os sintomas depressivos.

Os idosos, em sua maioria, descrevem a dor lombar como dolorosa persistente e desconfortável. Os resultados apontam que maiores intensidades da dor afetam negativamente o apetite, as relações interpessoais e a mobilidade.

Entretanto, vale a pena ressaltar que, a dor assim como a depressão não são fatores desencadeados pelo processo de envelhecimento. Porém, a aparição destes dois fatores pode atrapalhar e influenciar negativamente a qualidade de vida dos idosos.

Este estudo contribuiu para o entendimento da relação entre dor e depressão em idosos. Estas variáveis constituem temas importantes a serem explorados, uma vez que dor, incapacidade e depressão afetam não somente a vida dos idosos, mas repercutem na família e trazem ônus aos serviços de saúde.

## 7. Referências

ALMEIDA JÚNIOR, Aroldo Paes et al. Edentulismo e fatores associados à necessidade de uso de prótese superior e inferior entre idosos. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 2, p. 105-113, 2017.

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421-6, 1999.

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 722-730, 2017.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL (Org.). **Demografia e Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: janeiro. 2018.

AUGUSTI, Ana Carolina Veloso; FALSARELLA, Gláucia Regina; COIMBRA, Arlete Maria Valente. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353/841>>. Acesso em: maio. 2018.

BENTO, Aline Arnaud Câmara; PAIVA, Ana Cristina Severino; SIQUEIRA, Fabiano Botelho. Correlação entre incapacidade, dor–Roland Morris, e capacidade funcional–SF-36 em indivíduos com dor lombar crônica não específica. **E-scientia**, v. 2, n. 1, p. 1-19, 2009.

BORGES, Lucelia Justino et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010.

BRAGA, Irineide Beserra; SANTANA, Renata Cosme; FERREIRA, Débora Maria Gonçalves. Depressão no idoso. **Id on-line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 9, n. 26, p. 142-151, 2015. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/332/450>>. Acesso em: maio. 2018.

BRANCO, Camilla de Oliveira Castelo et al. Mulheres idosas assistidas na atenção básica: análise sociodemográfica e econômica. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 2, p. 44-50, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [texto na Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012.

12p. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: março. 2017.

BRIGOLA, Allan Gustavo et al. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 440-422, 2017.

CELICH, Kátia Lillian Sedrez; GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 914-22, 2013a.

\_\_\_\_\_. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302008000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: novembro. 2018.

\_\_\_\_\_. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 325-34, 2013b.

FALEIROS SOUSA, Fátima et al. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, n. 1, p. 3-10, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf)>. Acesso em: novembro, 2018.

FERNANDES, Sílvia. Catolicismo estrutural–interpretações sobre o censo da igreja católica e a mudança sociocultural do catolicismo brasileiro. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 185-202, 2015.

FIGUEIREDO, Vânia Ferreira de et al. Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 549-557, 2013.

GOMES, João Carlos Pereira; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Dor no idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, n. 11, p. 45-54, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015/IBGE**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017/IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 147p.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

LEANDRO, Luciano Alves; TEIVE, Hélio Afonso Ghizoni. Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da doença de Parkinson. **Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 161-178, 2011.

LEITE-CAVALCANTI, Christiane et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LÉPINE, Jean-Pierre; BRILEY, Mike. The epidemiology of pain in depression. **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, v. 19, n. S1, p. S3-S7, 2004.

MARTINEZ, José Eduardo et al. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor musculoesquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 67-71, 2004.

MARTINS ALVARENGA, Márcia Regina; CAMPOS OLIVEIRA, Maria Amélia; FACCENDA, Odival. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p.497-503, 2012.

MATA, Matheus de Sousa et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2. ed. Seattle: International Association for the Study of Pain - IASP, 1994. 222 p. Disponível em < <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> >. Acesso em: abril. 2018.

MONTEIRO, Joaquim et al. Questionário de incapacidade de Roland Morris: adaptação e validação para a população portuguesa com lombalgia. **Acta Médica Portuguesa**, v. 23, n. 5, p. 761-766, 2010.

MORETTI, Felipe Azevedo; BARSOTTINI, Claudia Galindo Novoa. Apoio, acolhimento e orientações à distância para pacientes com dor crônica - relato de caso. **Revista Dor**, v. 18, n. 1, p. 85-87, 2017.

NOGUEIRA, Helen Cristina; NAVEGA, Marcelo Tavella. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 4, p. 353-358, 2011.

NUNES, Marília Gabrielle Santos et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde em Debate**, v. 41, n.115, p. 1102-1115, 2017.

ORTIZ, Bruna Rafaela; SILVA WANDERLEY, Katia. Reflexões sobre o uso da escala de depressão geriátrica (GDS-15) em idosos hospitalizados. *Kairós Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 307-316, 2013.

PELEGRIN, Andressa K.A.P. et al . Evaluation and measurement of pain in the aging process. **Psychology & Neuroscience**, v. 7, n. 3, p. 349-354, 2014.

PEREIRA DA SILVA, Zilda et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

PINHEIRO, Ricardo Cardoso et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 213-219, 2014.

PORCU, Mauro et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum**. v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002.

POUBEL, Priscilla Barros et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 71-78, 2017.

PRATA, Hugo Leonardo et al. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 437-443, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **Dados da Cidade**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/>>. Acesso em: abril. 2017.

ROSA GIODA, Fabiane et al. Dor lombar: relação entre sexo e estrato etário em idosos praticantes de atividades físicas. **Fitness & Performance Journal**, v. 9, n. 1, p. 46-51, 2010.

SANTOS, Carla Targino Bruno. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 65-70, 2014.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017.

SARDÁ JÚNIOR, Jamir João et al. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Revista Dor**, v. 11, n. 1, p. 28-36, 2010.

SILVEIRA, Michele Marinho da et al. Abordagem fisioterápica da dor lombar crônica no idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 8, n. 25, p. 56-61, 2011.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz Journal of Physical Education - UNESP**, v. 8, n. 3, p. 90-98, 2002.

TAVARES, Samila Sathler; NERI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula. Saúde emocional após aposentadoria. In: NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Mônica Sanches; CACHIONI, Meire. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas, Papyrus, 2004. p. 91-110.

TRIVEDI, Madhukar H. The link between depression and physical symptoms. **Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry**, v. 6, n. suppl 1, p. 12-16, 2004.

TSUKIMOTO, Gracinda Rodrigues et al. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). **Acta Fisiátrica**, v. 13, n. 2, p. 63-69, 2006.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Quality of life in the elderly: a subjective concept. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VIVELA, Ana Lúcia de Sousa. Depressão In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Manual prático de Geriatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017. p. 55-76.

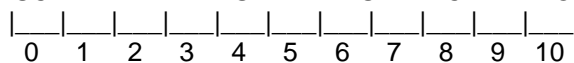
XIMENES, Maria Amélia et al. Qualidade de vida dos idosos participantes do projeto “Unidos da Melhor Idade” do município de Fernão, SP, Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 427-452, 2017.

ZAVARIZE, Sergio Fernando; WECHSLER, Solange Muglia. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 403-414, 2012.

## 7. Anexos

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

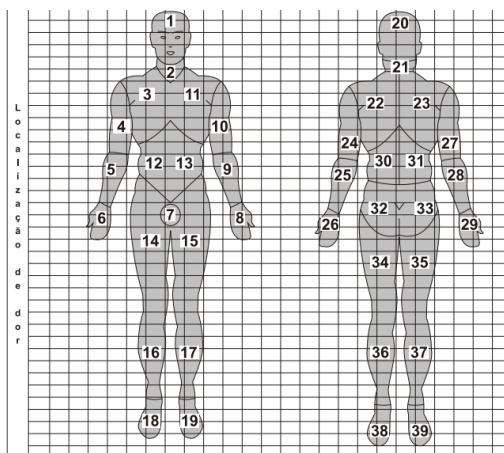
#### ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR



De acordo com a classificação da dor (aguda ou crônica) assinalar na coluna correspondente, um ou mais descritores que caracterizam a dor do paciente.

- ( ) Dor crônica
- 1) Deprimente ( )  
1. Que deprime; depressiva; depressora.
- 2) Persistente ( )  
1. Que é constante; que continua, prossegue; insiste.  
2. Que permanece; que se mantém; que persevera.
- 3) Angustiante ( )  
1. Que angustia; angustiosa.
- 4) Desastrosa ( )  
1. Em que há ou que produz acontecimento calamitoso; especialmente o que ocorre de súbito, ocasionando grande dano ou prejuízo.
- 5) Prejudicial ( )  
1. Que prejudica; nociva; lesiva.
- 6) Dolorosa ( )  
1. Que produz dor; dolorífica; dorida.
- 7) Insuportável ( )  
1. Não suportável; intolerável.  
2. Incômoda; molesta.
- 8) Assustadora ( )  
1. Que assusta; assustosa.
- 9) Cruel ( )  
1. Dura; insensível; cruenta.
- 10) Desconfortável ( )  
1. Não confortável; inconfortável

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



## Anexo B - Questionário de Incapacidade de Roland-Morris

<p>Quando você tem dor, você pode ter dificuldades em fazer algumas coisas que normalmente faz. Está lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor. Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje. Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se assinale apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.</p>	
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor	
2. Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com minha dor	
3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor	
4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa	
5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas	
6. Por causa da dor eu deito para descansar frequentemente	
7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em algumas coisas para me levantar de uma poltrona	
8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim	
9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores	
10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor	
11. Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar	
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor	
13. Sinto dor quase todo o tempo	
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor	
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores	
16. Tenho dificuldade para colocar minhas metas por causa da dor	
17. Caminho apenas curtas distancias por causa das minhas dores	
18. Não durmo tão bem por causa das dores	
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas	
20. Fico sentando a maior parte do dia por causa da minha dor	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor	
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal humorado com as pessoas do que em geral	
23. Por causa da dor subo escadas mais vagorosamente do que o habitual	
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores	

**Obs: marcar um ponto para cada resposta assinalada pelo entrevistado.**



### Anexo C - Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Resultado: _____/15		
	(1)	Depressão severa (11 a 15)
	(2)	Depressão leve (6 a 10)
	(3)	Normal (0 a 5)

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

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores

**Pesquisador:** Sofia Cristina Iost Pavarini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22956313.6.0000.5504

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 711.592

**Data da Relatoria:** 08/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

O pesquisador solicita autorização para adicionar pesquisadores ao projeto.

#### Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 416.467

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 416.467

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 416.467

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

Adequados.

#### Recomendações:

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

De acordo com a Resolução 466/12.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9883

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

## 10. Apêndice

### Apêndice A - Ficha de Caracterização do Idoso (Apêndice A)

**Sexo:**

- (1) Masculino
- (2) Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Situação conjugal:**

- (1) Casado(a) ou vive com companheiro (a)
- (2) Solteiro(a)
- (3) Divorciado/ separado/ desquitado
- (4) Viúvo
- (99) NR

**Etnia:**

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Mulata/ cabocla/ parda
- (4) Indígena
- (5) Amarela/ orientada
- (99) NR

**Número de filhos:** \_\_\_\_\_ filhos

**Escolaridade:**

Número de anos de estudo: \_\_\_\_\_ anos

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

**Religião:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** R\$ \_\_\_\_\_

**Consideram a renda suficiente:** (0) Não (1) Sim

**É aposentado/pensionista:** (0) Não (1) Sim

**Tem plano de saúde:** (0) Não (1) Sim