

FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA  
BIOMÉDICA  
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

SARIMAM STORCHI

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO EM IDOSAS COM E SEM DOR  
MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA**

PORTO ALEGRE  
2015

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
IDOSAS COM E SEM DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA**

**Dissertação de Mestrado**

**SARIMAM STORCHI**

**Orientadora:** Professora Dra. Mirna Wetters Portuguez

Porto Alegre  
2015

Sarimam Storchi

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
IDOSAS COM E SEM DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica

Orientadora: Professora Dra. Mirna Wetters Portuguez

Porto Alegre  
2015

## Folha Catalográfica

S884 Storchi, Sarimam

Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica / Sarimam Storchi - 2014.

79 f.: il.; 30cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, RS, 2015.

“Orientadora: Profa. Dra. Mirna Wetters Portugal.”

1. Idosas. 2. Dor Musculoesquelética Crônica. 3. Sintomas de Ansiedade. 4. Sintomas de Depressão. 5. Qualidade de Vida. I. Título.

CDU 616-053.9

Catálogo na publicação:

Bibliotecária Estela Moro Gallon – CRB 10/1350

SARIMAM STORCHI

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
IDOSAS COM E SEM DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica

Orientadora: Professora Dra. Mirna Wetters Portugal

**BANCA EXAMINADORA**

---

Irênio Gomes Filho  
Instituição: PUCRS

---

Eliane Colussi  
Instituição: Universidade de Passo Fundo

---

Newton Terra  
Instituição: PUCRS (suplente)

Porto Alegre  
2015

## RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida há maior prevalência de doenças crônicas e limitações funcionais próprias do envelhecimento humano. As doenças musculoesqueléticas (ME) estão entre as patologias crônicas que mais acometem idosos, sendo caracterizadas por dor e diminuição da função. Quando associadas à dor, estão entre as doenças mais incapacitantes e estão relacionadas a consideráveis limitações funcionais, psicológicas e sociais. Para analisar o impacto das doenças ME é importante mensurar os problemas associados com elas que são a dor, os fatores emocionais e a qualidade de vida. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar os níveis de sintomas de ansiedade e depressão e a qualidade de vida em idosas com dores ME crônicas e comparar com idosas sem dores, como também relacionar a intensidade algica com essas variáveis. Trata-se de um estudo transversal, realizado com mulheres com 60 anos ou mais, participantes dos clubes de mães da cidade de Caxias do Sul/RS. As idosas foram separadas em dois grupos, grupo G1 composto por mulheres com dor ME crônica há mais de três meses e grupo G2 composto por mulheres com ausência de dor ME há mais de três meses. Para avaliar os sintomas de ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), para os sintomas de depressão o questionário de Depressão de Beck II (BDI-II), para a qualidade de vida o WHOQOL-bref e para avaliar a intensidade algica foi utilizada a escala visual analógica (EVA). Participaram do estudo 178 idosas, sendo que 4 idosas foram excluídas por não se adequarem em todos os critérios de inclusão. Das 174 restantes, 95 foram incluídas do grupo G1 e 79 no grupo G2. A média de idade do G1 foi de 70 anos e do G2 de 70,3 anos. As mulheres do G1 apresentaram níveis mais elevados de sintomas de ansiedade ( $p < 0,001$ ) e depressão ( $p < 0,001$ ) e pior qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-bref que as mulheres do G2 ( $p < 0,05$ ). A intensidade algica correlacionou-se negativamente com os níveis de sintomas de ansiedade ( $p < 0,001$ ) e com o domínio físico do WHOQOL-bref ( $p < 0,05$ ). Conclui-se, portanto, que a dor ME crônica é frequente na população idosa e está associada com maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos, além de afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Sugerem-se novas pesquisas que aprofundem esta relação através de estudos longitudinais e que sejam realizados com diferentes populações.

**Palavras-chaves:** Idosas. Dor Musculoesquelética Crônica. Sintomas de Ansiedade. Sintomas de Depressão. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

With the increase in life expectancy there is a higher prevalence of chronic diseases and functional limitations that are common in aging. Musculoskeletal disorders (MSD's) are in the group of chronic diseases that most affect the elderly, being characterized by pain and decrease in function. When associated with pain these disorders are among the most disabling diseases and are associated with considerable functional, psychological and social limitations. To analyze the impact of musculoskeletal diseases is important to measure the problems associated with them, like pain, emotional factors and quality of life. Therefore, the goals of this study are to measure the levels of anxiety and depression symptoms and quality of life in elderly women with chronic musculoskeletal pain and compare them with elderly women without pain, and to measure the influence of pain's intensity in these variables. This was a cross-sectional study among women who were 60 years old or older, who were members of mothers' clubs in the city of Caxias do Sul, Brazil. The elderly women were separated into two groups, group G1 consisted of women with chronic musculoskeletal pain for over three months and group G2 consisted of women with no musculoskeletal pain for over three months. To measure anxiety symptoms, depression symptoms, quality of life and pain intensity the following instruments were used, respectively: Beck Anxiety Inventory (BAI); Beck Depression Inventory- II (BDI-II); WHOQOL-bref; and visual analogue scale (VAS). 178 elderly women participated on this research, of which four were excluded since they did not meet all the inclusion criteria. Of the 174 remaining, 95 were included in G1 and 79 in G2. The mean age was 70 years old in G1 and 70,3 years old in G2. The G1 group showed higher levels of anxiety symptoms ( $p < 0,001$ ) and depression symptoms ( $p < 0,001$ ) and worse quality of life in all domains of WHOQOL-BREF ( $p < 0,05$ ) when compared with group G2. The pain intensity was negatively correlated with the levels of anxiety symptoms ( $p < 0,001$ ) and the physical domain of the WHOQOL-BREF ( $p < 0,05$ ). Therefore, it is concluded that chronic musculoskeletal pain is frequent in the elderly and is associated with higher incidence of depressive and anxiety symptoms, and it also affects negatively the quality of life. It is suggested that new researches explore more deeply this relation through longitudinal studies made with different populations.



**Keywords:** Elderly Women. Chronic Musculoskeletal Pain. Anxiety Symptoms. Depression Symptoms. Quality of Life.

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	10
2.	REVISÃO DE LITERATURA .....	12
2.1.	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	12
2.2.	DOR MUSCULOESQUELÉTICA.....	12
2.3.	ENVELHECIMENTO E DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS .....	13
2.4.	ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....	14
2.5.	QUALIDADE DE VIDA .....	16
3.	OBJETIVOS .....	17
3.1.	OBJETIVOS GERAIS.....	17
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
4.	MÉTODOS .....	17
4.1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	18
4.2.	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	18
4.2.1.	Procedimento Amostral .....	18
4.2.2.	Recrutamento.....	18
4.2.3.	Critérios de Seleção .....	19
4.3.	COLETA DE DADOS .....	19
4.3.1.	Instrumentos de Coleta de Dados .....	20
4.3.2.	Procedimentos.....	22
4.4.	VARIÁVEIS.....	23
4.5.	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	23
4.5.1.	Hipóteses .....	23
4.5.2.	Procedimentos para análise de dados .....	24
4.6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	25
5.	RESULTADOS .....	25
5.1.	DADOS DEMOGRÁFICOS .....	25
5.2.	PREVALÊNCIA DE QUEIXAS.....	27
5.3.	NÍVEIS DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....	28
5.4.	QUALIDADE DE VIDA .....	29
5.5.	INTENSIDADE ÁLGICA .....	30
5.6.	USO DE FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS .....	31
6.	DISCUSSÃO .....	34
7.	CONCLUSÕES: .....	42
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICE A – Autorização Presidente da Associação dos Clubes de Mães.....	48
	APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico.....	49
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	51
	APÊNDICE D – Artigo Submetido na Revista Cadernos de Saúde Pública.....	53
	ANEXO A - Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia.....	67
	ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.....	68
	ANEXO C – Mini Exame do Estado Mental.....	71
	ANEXO D - Critério de Classificação Econômica Brasil.....	74
	ANEXO E - Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II).....	75
	ANEXO F - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	77
	ANEXO G - WHOQOL-bref .....	78

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a população acima de 60 anos está crescendo mais rápido que todos os outros grupos etários e, paralelo a isso, há um decréscimo relevante do número de natalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de idosos duplicou desde 1980 e os estudos de progressão apontam que em 2050 haverá cerca de dois bilhões de pessoas acima de 60 anos no planeta.<sup>1</sup>

Segundo projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tende a apresentar esta mesma característica populacional, um perfil demográfico envelhecido. Este perfil é decorrente de um aumento da expectativa de vida e uma queda do nível geral de fecundidade, resultando em um aumento absoluto e relativo da população idosa. O aumento da expectativa de vida está relacionado à melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, aos avanços tecnológicos da medicina e a melhora do saneamento básico.<sup>2</sup>

O crescimento do número de indivíduos que chegam à longevidade resulta em uma maior prevalência das doenças crônicas e limitações funcionais próprias do envelhecimento humano, as quais necessitam de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos, aumentando assim a demanda dos serviços de saúde. Desta forma, é fundamental enfatizar a prevenção destas doenças, independente da idade dos indivíduos.<sup>3</sup>

As patologias musculoesqueléticas estão entre as doenças crônicas mais frequentes,<sup>4</sup> sendo caracterizadas principalmente por dor e diminuição de função.<sup>5,6</sup> Quando associadas com a dor, são as patologias mais incapacitantes e, apesar de terem baixo nível de mortalidade, estão altamente relacionadas com o declínio da qualidade de vida e com altos custos em saúde.<sup>7</sup>

São mais frequentes em mulheres<sup>8</sup> e tendem a aumentar com o passar da idade.<sup>5,6</sup> Sendo assim, mediante o crescimento progressivo da população idosa, é esperado que haja uma maior prevalência da morbidade das doenças musculoesqueléticas crônicas requerendo maior demanda dos profissionais da saúde.<sup>4,6,9</sup> Os quadros algícos decorrentes das patologias musculoesqueléticas são comuns em idosos<sup>10,11</sup> e estão relacionados a consideráveis limitações psicológicas, funcionais<sup>9,11</sup> e sociais.<sup>9</sup>

Independente da patologia, viver com uma doença crônica gera transtornos psicológicos significativos. Em longo prazo, a dor crônica pode progredir para uma dor relacionada com o medo e à ansiedade, a privação de certas atividades e a depressão, que reduzem a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>9,11</sup> A ansiedade e a depressão em idosos podem decorrer de fatores de risco biológicos, psicossociais e psicológicos.<sup>12</sup> Estudos têm mostrado a existência de uma relação entre a dor musculoesquelética e os sintomas ansiosos e depressivos.<sup>13,14</sup>

No entanto, o impacto das doenças musculoesqueléticas tem sido subestimado uma vez que as pesquisas em saúde focam mais nas doenças relacionadas à mortalidade.<sup>15</sup> Assim, sabendo-se que as doenças musculoesqueléticas estão entre as patologias crônicas que mais acometem os idosos, e quando associadas a quadros álgicos estão entre as patologias mais incapacitantes,<sup>7</sup> faz-se necessário mais estudos que aprofundem o real impacto e a importância destas condições na sociedade, buscando tratamentos mais específicos e eficazes. Para analisar o impacto das doenças musculoesqueléticas é importante mensurar os problemas associados a elas, que são a dor, os fatores emocionais e a qualidade de vida.<sup>15</sup>

Foram realizados diversos estudos que buscaram uma relação isolada entre a ansiedade, a depressão e qualidade de vida com a dor musculoesquelética em idosos. No entanto, há carência de pesquisas que analisem essas variáveis ao mesmo tempo e, além disso, que comparem indivíduos com e sem dores musculoesqueléticas crônicas, como também de pesquisas que analisem a influência da intensidade álgica nessas variáveis. Sendo assim, este estudo se faz importante justamente por ter como objetivo analisar os sintomas depressivos e ansiosos e a qualidade de vida em idosos com e sem dores musculoesqueléticas crônicas, e verificar a influência da intensidade álgica nessas variáveis. Assim, ao se estabelecer se há ou não relação entre a dor musculoesquelética com os sintomas de ansiedade e depressão e com a qualidade de vida, poder-se-á buscar por terapêuticas multidisciplinares que consigam abranger a complexidade dos sintomas apresentados pelos indivíduos e obter, assim, um tratamento mais eficaz e com melhor qualidade de vida.

Os locais escolhidos para realizar a pesquisa foram os Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul/RS, a fim de selecionar idosos que façam uma atividade social e de lazer em comum.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fenômeno global inevitável e previsível. Iniciou primeiramente em países desenvolvidos da Europa e no Japão e atualmente está se expandindo para países de baixa e média renda em fase de desenvolvimento. O desenvolvimento socioeconômico de um país implica em um aumento da expectativa de vida e na diminuição da fecundidade, resultando em um perfil demográfico envelhecido.<sup>1</sup>

O Brasil está passando pelo mesmo processo. Segundo dados do IBGE, em 1940 a expectativa de vida do brasileiro era de 45,5 anos. Mediante os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população, em 2008 a expectativa alcançou os 72,78 anos, e estudos de projeção estimam que em 2050 a expectativa de vida será de 81,29 anos. Com isso, o grupo etário acima de 60 anos, em 2050, representará 29,75% da população total brasileira.<sup>2</sup>

De acordo com Veras (2009), o Brasil é um “jovem país de cabelos brancos”, em que cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, sendo que a maior parte apresenta doenças crônicas e alguns apresentam limitações funcionais. Essas doenças crônicas necessitam de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos, aumentando assim a demanda dos serviços de saúde. No entanto, é necessário não apenas postergar a morte dos indivíduos, mas também buscar pela prevenção das doenças e propiciar um envelhecimento com qualidade de vida, autonomia funcional e independência.<sup>3</sup>

### 2.2. DOR MUSCULOESQUELÉTICA

As disfunções musculoesqueléticas incluem uma gama ampla de patologias que diferem quanto à fisiopatologia, mas estão ligadas anatomicamente por afetarem músculos, ossos, tecidos moles e articulações, bem como por estarem associadas com a dor e a função física diminuída.<sup>5,6,15</sup> Entre elas estão as doenças inflamatórias, como artrite reumatoide, gota e demais artrites; disfunções relacionadas ao envelhecimento, como osteoporose e osteoartrite; dores com etiologia desconhecida, tais como dores na coluna vertebral de origem idiopática e

fibromialgia; disfunções relacionadas a atividades e lesões ocupacionais, lesões desportivas e disfunções decorrentes de quedas e traumas.<sup>15</sup>

Quando associadas à dor, são as patologias mais incapacitantes e, apesar de terem baixo nível de mortalidade, estão altamente relacionadas com o declínio da qualidade de vida e com altos custos em saúde.<sup>7</sup> Os quadros álgicos decorrentes das patologias musculoesqueléticas são comuns em idosos<sup>10,11</sup> e estão relacionados a consideráveis limitações psicológicas, funcionais<sup>9,11</sup> e sociais.<sup>9</sup> Independente da patologia, viver com uma doença crônica gera transtornos psicológicos significativos. Em longo prazo, a dor crônica pode progredir para uma dor relacionada ao medo e à ansiedade, à privação de certas atividades e à depressão, que reduzem a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>9,11</sup>

### 2.3. ENVELHECIMENTO E DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS

Mediante o crescimento da população idosa mundial há o aumento da incidência das doenças crônicas, entre elas as doenças musculoesqueléticas, que estão entre as mais frequentes no envelhecimento.<sup>10,11</sup> Diversos estudos têm mostrado que o sexo feminino é mais acometido que o masculino<sup>9,10,16</sup> e que a prevalência de indivíduos acometidos aumenta com o passar da idade.<sup>6</sup>

Apesar de ser frequente, há divergência quanto à prevalência e localização das dores musculoesqueléticas em idosos. Em um estudo de prevalência realizado com servidores municipais acima de 60 anos, na cidade de Londrina, no estado do Paraná, Brasil, verificou-se que 51,4% dos idosos apresentavam dores crônicas, sendo a dorsalgia a mais frequente (21,73%) seguida dos membros inferiores (21,5%).<sup>17</sup> Em outro estudo, realizado com idosos residentes em São Paulo, a prevalência de dor crônica foi de 29,7%, sendo a região lombar a mais acometida (25,4%), seguida dos membros inferiores (21,9%). Quanto à intensidade álgica, 45,8% dos casos foram considerados moderados e 46% intensos.<sup>18</sup>

Já no estudo realizado com indivíduos acima dos 65 anos na Turquia, a presença de dor musculoesquelética foi mais prevalente, sendo encontrada em 72,1% dos indivíduos, e os membros inferiores foram os locais mais acometidos.<sup>16</sup> O estudo longitudinal realizado com coreanos acima dos 65 anos mostrou uma prevalência de 62,6% de dor nos membros superiores, 45,7% de dor nos membros inferiores e 72,6% de lombalgia.<sup>10</sup>

## 2.4. ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A ansiedade e depressão são distúrbios psicológicos comuns em idosos e estão relacionadas com decréscimo da qualidade de vida. Ambos estão associados a fatores de risco biológico, psicológico e social.<sup>12</sup>

Segundo o estudo de revisão sobre fatores de risco para ansiedade e depressão em idosos, realizado por Vink (2008), entre os fatores de risco biológicos para a ansiedade estão o comprometimento cognitivo, a hipertensão arterial, o número de condições crônicas de saúde, as limitações funcionais e a autopercepção negativa da saúde. Já para a depressão, encontram-se as doenças crônicas, os fatores vasculares, o estado de saúde, o uso de medicações, a autopercepção da saúde e os vícios como álcool e fumo. A influência dos fatores genéticos ainda é inconclusiva. Segundo o mesmo estudo, entre os fatores de risco psicológicos para ansiedade, encontram-se os traços de personalidade (foco de controle externo e neuroticismo), as estratégias de enfrentamento disfuncionais e as psicopatologias. Os mesmos fatores estão associados à depressão, sendo que esta também tem relação com a autoimagem negativa.<sup>12</sup>

Quanto aos fatores sociais, há carência de estudos buscando relação com a ansiedade e há evidência limitada para aspectos quantitativos como número de amigos ou qualitativos como apoio social, por exemplo. Alguns estudos associam a ansiedade a eventos estressantes e com a maior incidência no sexo feminino. Já em relação à depressão, muitos estudos mostraram evidências entre a relação com a rede social, eventos estressantes e as condições de vida. Ainda, alguns estudos mostraram o menor nível de escolaridade e a baixa renda como fatores de risco para a depressão e a religiosidade como um fator de proteção.<sup>12</sup>

Estudos têm mostrado que existe relação entre a dor musculoesquelética e os sintomas ansiosos e depressivos,<sup>13,14</sup> sendo que, em diversos estudos, esta relação tem se mostrado ser recíproca, ou seja, a dor pode predispor à ansiedade e depressão tanto quanto a ansiedade e depressão podem levar a quadros de dores.

<sup>13,14</sup>

No estudo longitudinal realizado por Kroenke e colaboradores (2011), buscou-se a relação recíproca entre a dor e a depressão. O estudo foi realizado com 500 indivíduos, com média de idade de 59 anos, que procuraram o serviço de atendimento primário com dor persistente na região lombar, quadril e joelho. Metade

dos indivíduos apresentava depressão e foram divididos em dois grupos de tratamento e a outra metade, pacientes sem depressão, foi acompanhada paralelamente no período de um ano. O estudo mostrou que a regressão da intensidade álgica diminuiu a gravidade da depressão e vice-versa, concluindo que podem existir efeitos fortes e similares entre a dor e a depressão.<sup>13</sup>

Arola e colaboradores (2010), analisaram a relação entre o autorrelato de dor, ansiedade e depressão em idosos. A pesquisa mostrou que a presença de dor no início do estudo foi um fator de risco para desenvolver quadros depressivos e ansiosos nos três anos seguintes, da mesma forma que a presença de sintomas ansiosos e depressivos no início da pesquisa mostrou-se como fator de risco para desenvolver dor nos próximos três anos.<sup>14</sup> No estudo longitudinal realizado por Castillo et al. (2013), buscou-se a relação da dor com ansiedade e depressão em indivíduos adultos com traumatismo de membros inferiores. A análise foi realizada dos 3 aos 6 primeiros meses após a lesão, dos 6 meses ao primeiro ano da lesão e do primeiro ao segundo ano após a lesão. O estudo verificou que a dor é um preditor fraco de ansiedade e depressão no primeiro ano de lesão e não apresenta relação alguma com essas variáveis após este período. A depressão não apresentou relação alguma com dor em nenhuma fase após o trauma, e a ansiedade mostrou-se preditor de dor em todos os momentos após a lesão.<sup>19</sup> Outro estudo realizado com idosos institucionalizados também encontrou relação da dor com a ansiedade e não encontrou com a depressão.<sup>20</sup>

No estudo realizado por Gerrits e colaboradores (2012), foi analisado o impacto da dor no curso dos distúrbios depressivos e/ou ansiosos. Foram avaliados 1209 indivíduos, com média de 42,1 anos, sendo que 22,1% possuíam depressão, 40,3% ansiedade e 37,6% possuíam os dois distúrbios. Eles foram acompanhados com entrevista no período de dois anos. O estudo mostrou que indivíduos com dor localizada em vários locais e de longa duração, que utilizavam medicação para dor diariamente e apresentavam dor mais severa no início da pesquisa, foram associados com um maior risco de continuar tendo distúrbios de ansiedade e depressão após os dois anos.<sup>21</sup>

Talvari e colaboradores (2013) investigaram a relação da cervicalgia com sintomas de ansiedade e depressão em idosos. Para isso, foram avaliados 200 idosos com mais de 60 anos através do questionário de saúde geral de Golberg. O



estudo mostrou que idosos com cervicalgia estão mais vulneráveis a apresentar sintomas de ansiedade e de depressão.<sup>22</sup>

## 2.5. QUALIDADE DE VIDA

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da OMS, a qualidade de vida foi definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Mediante sua importância, a qualidade de vida tem sido alvo de inúmeras pesquisas em todo o mundo. Este mesmo grupo desenvolveu o questionário WHOQOL-bref (versão abreviada do WHOQOL-100) a fim de obter um instrumento de mais rápida aplicação para mensurar a qualidade de vida na população.<sup>23</sup> Este instrumento tem sido muito utilizado nas pesquisas em saúde em diversos países, inclusive no Brasil.<sup>24</sup>

O questionário WHOQOL-bref é dividido em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio físico inclui questões referentes à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico por sua vez inclui questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio relações sociais inclui questões sobre relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual. E o domínio meio ambiente inclui questões sobre segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de lazer; ambiente físico e transporte.<sup>24</sup>

As doenças musculoesqueléticas estão relacionadas com o decréscimo da qualidade de vida, em função das suas consequências físicas, bem como do impacto negativo que causam na vida social e emocional dos indivíduos acometidos.<sup>9</sup> No estudo realizado por Wrangler e colaboradores (2014), a presença de dor foi o determinante mais forte no decréscimo da qualidade de vida em idosos, seguido do baixo nível socioeconômico. Já nos idosos do sexo masculino a insônia foi o contribuinte mais forte para tal decréscimo.<sup>25</sup>

Em outro estudo foi analisada a influência das disfunções reumáticas e dos sintomas crônicos articulares na qualidade de vida de idosos acima de 60 anos. Neste, também se observou uma influência negativa na qualidade de vida, sendo que as doenças reumáticas tiveram maior influência na capacidade física e na dor e os sintomas crônicos articulares tiveram influência em todos os aspectos da qualidade de vida.<sup>26</sup> A visão multidisciplinar nos estudos em qualidade de vida do idoso é essencial para a obtenção futura de tratamentos mais amplos e eficazes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVOS GERAIS**

Investigar os níveis de sintomas de ansiedade e de depressão e a qualidade de vida em idosas com e sem dores musculoesqueléticas crônicas.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Em idosas participantes dos Clubes de Mães de Caxias do Sul/RS:

- Identificar as características demográficas (idade, escolaridade, nível socioeconômico e estado civil) e verificar a associação existente com a presença ou ausência de dor.
- Avaliar os níveis de sintomas de ansiedade e depressão e a qualidade de vida em idosas com dores musculoesqueléticas crônicas e comparar essas variáveis com o grupo controle.
- Relacionar a intensidade algica com a qualidade de vida e com os níveis de sintomas de ansiedade e depressão.

### **4. MÉTODOS**

Serão apresentados a seguir os passos e as técnicas que foram utilizadas para a realização desta pesquisa.

#### 4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter transversal.

#### 4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo foi aplicado nos Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul/RS. Atualmente existem 86 clubes de mães localizados na cidade e estima-se que 2389 mulheres participem desses grupos. No entanto, não há conhecimento da idade mínima e máxima das participantes, já que este não é um fator de inclusão nos grupos.

A amostra foi composta por mulheres com 60 anos ou mais, participantes dos Clubes de Mães de Caxias do Sul, com dores musculoesqueléticas crônicas (grupo G1) e sem dores musculoesqueléticas crônicas (grupo G2) que aceitaram participar da pesquisa e que não se enquadraram em nenhum dos critérios de exclusão.

##### 4.2.1. Procedimento Amostral

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa WINPEPI versão 11.28 com nível de significância 5% e poder de 80%. Conforme encontrado na literatura, foi utilizado um desvio padrão no domínio Meio Ambiente do questionário WHOQOL-bref de 9,8 para o grupo com dor e de 11,6 para o grupo controle, com diferença esperada de 4,6 entre os grupos neste mesmo escore, totalizando assim, uma amostra de 174 sujeitos,<sup>27</sup> sendo 87 indivíduos em cada grupo.<sup>17</sup>

##### 4.2.2. Recrutamento

Primeiramente entrou-se em contato com a presidente da Associação dos Clubes de Mães para verificar o interesse em realizar esta pesquisa nos clubes da cidade. Ela, juntamente com as demais responsáveis administrativas, autorizou a realização da pesquisa com as participantes da associação. (APÊNDICE A)

O estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e

pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade, segundo parecer 479.870. (ANEXO B) Depois de devidamente aprovado, a pesquisadora entrou em contato telefônico com as representantes de cada clube de mães e explicou sobre o funcionamento e os objetivos do projeto de pesquisa. Nos clubes que tiveram interesse em participar foi agendado um dia para a aplicação da pesquisa.

Em cada clube de mães foi novamente explicado o funcionamento e os objetivos do estudo e as mulheres foram questionadas sobre o interesse em participar da pesquisa.

### **4.2.3. Critérios de Seleção**

#### 4.2.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa mulheres com 60 anos ou mais, com e sem dores musculoesqueléticas crônicas que não se enquadraram em nenhum dos critérios de exclusão.

#### 4.2.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídas da pesquisa mulheres que apresentaram as seguintes restrições:

- Desempenho cognitivo no Mini-exame do Estado Mental <19 para mulheres sem escolaridade e <25 para mulheres com escolaridade;
- Procedimento cirúrgico nos últimos seis meses;
- Presença de dor musculoesquelética há menos de três meses;
- Ausência de dor musculoesquelética há menos de três meses;
- Doenças neurodegenerativas;
- Doenças oncológicas.

### 4.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início em fevereiro de 2014, após a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia

da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade, e teve término em agosto de 2014. A coleta foi realizada nos clubes de mães localizados no município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

#### **4.3.1. Instrumentos de Coleta de Dados**

Seguem abaixo as descrições dos instrumentos de pesquisa que foram utilizados neste estudo:

– Mini-exame do Estado Mental – MEEM: este teste, criado por Folstein, (1975) permite avaliar a função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. Tem sido utilizado para detecção de declínio cognitivo, acompanhamento de quadros demenciais e monitoramento da resposta ao tratamento. É composto por sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar uma função cognitiva específica: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).<sup>28</sup> Foi traduzido para o Brasil por Bertolucci et al. (1994).<sup>29</sup> O escore total do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos. O ponto de corte para o diagnóstico de demência em indivíduos sem escolaridade pode ser considerado 18/19 e com escolaridade 24/25.<sup>30</sup> (ANEXO C)

– Questionário sociodemográfico: elaborado pela pesquisadora a fim de coletar os dados pessoais, escolaridade, ocupação atual, prática de exercícios físicos, questionamento sobre a queixa álgica e perguntas de caráter exclusivo. (APÊNDICE B)

– Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB): é um instrumento desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) que busca diferenciar a população quanto ao nível socioeconômico utilizando o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe da família). Através do CCEB a população é dividida em classe A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.<sup>31</sup> (ANEXO D)

– Escala Visual Analógica (EVA): esta escala é utilizada para mensurar a intensidade álgica. Consiste em uma linha de 10 cm com marcadores descritivos nas

duas extremidades (nenhuma dor e pior dor possível). O sujeito deve marcar na linha o local que se enquadra sua dor. Posteriormente o examinador utiliza uma régua para mensurar quantos centímetros está a dor do indivíduo convertendo a uma escala de 0 a 10, onde valores  $\leq 3,4$  equivalem a uma dor leve, de 3,5 a 7,4 dor moderada e valores  $\geq 7,5$  equivalem a dor severa.<sup>32</sup>

– Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II): o BDI-II é a segunda versão do Inventário de Depressão de Beck. Foi desenvolvido por Beck e colaboradores no ano de 1966 e é um instrumento para análise da intensidade de sintomas de depressão tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral.<sup>33</sup> A versão brasileira foi validada por Gomes-Oliveira (2012).<sup>34</sup> O inventário é composto por 21 itens com quatro afirmativas de resposta cada (escore variando de 0 a 3), com exceção dos itens 16 e 18 que têm sete afirmativas cada, sem contudo variar o escore. O sujeito deve escolher a afirmativa mais aplicável a si mesmo nas últimas duas semanas. O escore refere-se a níveis crescentes de depressão. O escore total é resultado da soma dos 21 itens, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em sintomas de depressão mínima/sem depressão (0-13), depressão média (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29-63).<sup>34</sup> (ANEXO E)

– Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): o BAI é uma medida da intensidade de sintomas de ansiedade. É composto por 21 sintomas relacionados à ansiedade em que o sujeito é questionado quanto tem se incomodado com esses sintomas durante a última semana, incluindo o dia da coleta de dados. As respostas para cada sintoma podem ser: absolutamente não (pontuação 0), levemente (pontuação 1), moderadamente (pontuação 2), e gravemente (pontuação 3). A pontuação máxima obtida é 63. A classificação recomendada para o nível de sintomas de ansiedade é ansiedade mínima (0-7), ansiedade leve (8-15), ansiedade moderada (16-25) e ansiedade grave (26-63).<sup>35</sup> Nesta pesquisa foi utilizada a versão traduzida e validada para a população brasileira da escala de Beck.<sup>36</sup> (ANEXO F)

– WHOQOL-bref: é um questionário abreviado do WHOQOL-100, utilizado para mensurar a qualidade de vida. Foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS a fim de ter um instrumento de mais rápida aplicação.<sup>23</sup> Foi validado no Brasil por Fleck e colaboradores (2000).<sup>24</sup> O questionário é composto por 26 questões, sendo duas referentes a qualidade de vida geral (autoavaliação da qualidade de vida) e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico,

relações sociais e meio ambiente. Cada questão conta com 5 alternativas que variam de um escore de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Nas questões 3, 4 e 26 esses valores devem ser invertidos. Para análise de dados, deve ser feita uma média de cada domínio. O resultado deve ser multiplicado por 4, sendo representado em uma escala de 0 – 20. Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 -100 pela seguinte fórmula: (escore do domínio – 4)\*(100/16).<sup>37</sup> (ANEXO G)

#### **4.3.2. Procedimentos**

Inicialmente foi explicado às interessadas em participar da pesquisa os objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados coletados. As que decidiram participar, primeiramente foram convidadas à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE C) As que concordaram com o TCLE assinaram as duas vias, sendo que uma ficou com a participante e a outra com a pesquisadora. Depois disso, elas responderam ao questionário MEEM, a fim de excluir mulheres com déficit cognitivo. Foram excluídas as mulheres com resultado inferior a 25 (com escolaridade) e 19 (sem escolaridade). As mulheres foram questionadas sobre a presença ou ausência de dor musculoesquelética. As mulheres inclusas no grupo G1 apresentavam quadros algícos musculoesqueléticos há mais de 3 meses e as mulheres inclusas no grupo G2 tinham ausência de dor há mais de três meses.<sup>38</sup>

Após o MEEM, as participantes respondem ao questionário sociodemográfico, que incluiu perguntas referentes aos demais critérios de exclusão. As mulheres que se enquadraram nos critérios de seleção seguiram respondendo aos demais questionários na seguinte ordem: CCEB, BAI, BDI-II e WHOQOL-bref. Depois disso as mulheres do G1 foram questionadas quanto as suas dores. Primeiramente elas informaram qual o local da dor musculoesquelética e depois classificaram a intensidade da dor segundo a EVA. Foram coletados os dados de cada queixa, sendo separadas em: dor lombar, dor cervical, dor torácica, dor nos membros inferiores e dor nos membros superiores.

As mulheres do G2 passaram pelo mesmo processo, não respondendo apenas as questões referentes às dores musculoesqueléticas. Depois da análise dos testes as participantes receberam uma carta com os seus resultados, e as que

apresentaram alterações significativas nos testes foram orientadas a procurar um profissional especialista na área que houve alteração. Os profissionais indicados foram do serviço de geriatria ou de psicologia das Unidades Básicas de Saúde mais próximas das participantes. Este profissional será escolhido pela participante, sendo que todas as especialidades indicadas estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

Após o término da coleta de dados, surgiu a necessidade em coletar informações sobre o nome das medicações utilizadas pelas idosas (antidepressivos e ansiolíticos), visto que muitas delas, no dia da coleta, não sabiam informar o nome exato dos fármacos utilizados. A coleta destas informações teve como objetivo verificar a relação existente entre o uso destes fármacos com os sintomas de ansiedade e depressão, a qualidade de vida e a dor. Para obter essas informações optou-se por entrar em contato telefônico com as mulheres participantes da pesquisa. Foram realizadas três tentativas telefônicas com cada idosa, sendo que das 174 mulheres, não se conseguiu entrar em contato com 18 mulheres.

#### 4.4. VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo são: sociodemográficas (idade, nível socioeconômico, estado civil e escolaridade), nível de sintomas de ansiedade, nível de sintomas de depressão, qualidade de vida, dor e intensidade algica.

#### 4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

##### **4.5.1. Hipóteses**

##### 4.5.1.1. Hipótese I

H0: não há diferença do nível sintomas de ansiedade entre os dois grupos.

H1: há diferença do nível de sintomas de ansiedade entre os dois grupos.



#### 4.5.1.2. Hipótese II

H0: não há diferença do nível de sintomas de depressão entre os dois grupos.

H1: há diferença do nível de sintomas de depressão entre os dois grupos.

#### 4.5.1.3. Hipótese III

H0: não há diferença da qualidade de vida entre os dois grupos.

H1: há diferença da qualidade de vida entre os dois grupos.

### **4.5.2. Procedimentos para análise de dados**

O banco de dados foi realizado no programa Microsoft Office Excel 2007, e as análises foram realizadas no software SPSS, versão 17. O nível de significância foi considerado 5%. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequência absoluta e as quantitativas através de média e desvio padrão.

Para comparar a idade entre os dois grupos foi utilizado o teste T de Student. Para comparar a escolaridade e a classe social entre os grupos foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e para a comparação do estado civil entre os grupos foi utilizado o Teste Qui-quadrado.

Para comparar os escores totais médios dos instrumentos BAI e BDI-II entre os dois grupos foi utilizado o teste T de Student e para a comparação dos mesmos questionários por categorias foi utilizado o Teste de Mann-Whitney. Para a comparação dos domínios do WHOQOL-bref e do índice geral do mesmo questionário foi utilizado o Teste T de Student. No grupo G1, a correlação entre a EVA e os instrumentos BAI, BDI-II e WHOQOL-bref foi avaliada através do Coeficiente de Correlação de Pearson.

Para comparar os questionários BAI, BDI-II e WHOQOL-bref com o uso ou não de medicações ansiolíticas e antidepressivas foi utilizado o Teste T de Student.

#### 4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa teve início após a apreciação e aprovação pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade.

Este estudo, em observância às diretrizes da resolução número 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, atendeu aos seguintes aspectos éticos: as mulheres convidadas a participar da pesquisa foram esclarecidas sobre os objetivos e finalidades da mesma. Elas registraram sua livre aceitação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias. Uma ficou com a participante e a outra com a pesquisadora. As participantes tiveram o direito de retirar o consentimento durante qualquer momento da pesquisa, sem ter nenhuma penalização ou prejuízo, bem como lhes foi assegurada a privacidade quanto aos dados confidenciais obtidos na investigação.

### 5. RESULTADOS

Apresenta-se a seguir os resultados da pesquisa.

#### 5.1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Foram visitados 16 Clubes de Mães, localizados em diferentes regiões da cidade de Caxias do Sul/RS. Participaram da pesquisa 178 mulheres. Uma mulher foi excluída por apresentar déficit cognitivo no MEEM, uma por estar em tratamento para câncer de mama e duas por apresentarem dor musculoesquelética há menos de três meses. Das 174 mulheres que não apresentaram nenhum critério de exclusão, 95 fizeram parte do grupo G1 e 79 do grupo G2.

**Tabela 1:** Comparação dos dados demográficos entre os dois grupos

Variáveis	Grupo		P
	G1 (n=95)	G2 (n=79)	
<b>Idade (anos)</b>			
Média + desvio padrão	70,01 ± 7,76	70,34 ± 8,66	0,791€
<b>Estado Civil*</b>			
Solteira	7 (7,4)	2 (2,5)	0,228¥
Casada	58 (61,1)	42 (53,2)	
Viúva	27 (28,4)	32 (40,5)	
Divorciada	3 (3,2)	3 (3,8)	
<b>Escolaridade*</b>			
Analfabeta	3 (3,2)	4 (5,1)	0,693£
Fundamental Incompleto	61 (64,2)	48(60,8)	
Fundamental Completo	9 (9,5)	13(16,5)	
Médio Incompleto	3 (3,2)	2 (2,5)	
Médio Completo	6 (6,3)	8 (10,1)	
Superior Completo	13 (13,7)	4 (5,1)	
<b>Classe Social*</b>			
A1	0 (0)	1 (1,3)	0,596£
A2	1 (1,1)	1 (1,3)	
B1	15 (15,8)	11 (13,9)	
B2	26 (27,4)	28 (35,4)	
C1	33 (34,7)	20 (25,3)	
C2	13 (13,7)	14 (17,7)	
D	7 (7,4)	4 (5,1)	
E	0(0)	0(0)	

\* Valores apresentados na forma n(%); €: teste t de Student para grupos independentes; ¥: Teste Qui-quadrado; £: teste de Mann-Whitney

A idade do G1 variou de 60 a 91 anos e teve como média 70,01 ± 7,76 anos. No G2, a idade variou de 60 a 91 anos e teve como média 70,34 ± 8,66 anos. Não houve diferença significativa da idade entre o grupo G1 e G2, indicando não haver associação entre a presença ou não de dor e a idade (p=0,791).

Em ambos os grupos, a maior incidência foi de mulheres casadas, seguidas de viúvas (p=0,228). As idosas dos dois grupos também não diferiram estatisticamente em termos de classe social (p=596) e escolaridade (p=0,693), sendo que nos dois grupos a maior parte das mulheres não completou o ensino fundamental.

## 5.2. PREVALÊNCIA DE QUEIXAS

A lombalgia foi a queixa mais prevalente entre os sujeitos da pesquisa, sendo relatada por 36 mulheres. A intensidade algica, na EVA, variou de 3 a 9 com média de 5,25, caracterizando uma dor moderada. Seguindo da região lombar, a região cervical foi a segunda mais acometida com o relato de 27 mulheres. A intensidade algica da região cervical variou de 1 a 10 na EVA, com média de 5,48.

A terceira região mais acometida foram os membros inferiores, com o relato de 26 mulheres. A intensidade algica da região variou de 2 a 8 com média de 5. As dores nos membros superiores foram apontadas por 21 indivíduos e variaram de 2 a 9 na EVA, tendo como média 4,4. A região menos acometida foi a torácica, com 5 casos relatados, que variaram de 3 a 8 com média de 3,3, caracterizando uma dor leve.

Analisando somente a intensidade algica, independente da região acometida, 22,6% (26 queixas) foram de dores leves, 65,2% (75 queixas) de dores moderadas e 12,2% (14 queixas) de dores severas.

Quanto ao número de regiões acometidas, 83,16% (79 mulheres) relatou dor em apenas uma região, 13,68% (13 mulheres) relatou dor em duas regiões, 2,11% (2 mulheres) relatou em três regiões e 1,05% (1 mulher) relatou queixa em quatro regiões.

### 5.3. NÍVEIS DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A tabela abaixo mostra os níveis de sintomas de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI-II) nos dois grupos.

**Tabela 2:** Comparação dos níveis de sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos

Variável	Grupo		P
	G1 (n=67)	G2 (n=51)	
<b>Nível de Sintomas de Ansiedade (BAI – escore total)</b> (Média + desvio padrão)	11,17 ± 6,36	4,86 ± 3,98	<0,001€
<b>Nível de Sintomas de Ansiedade (BAI – níveis)*</b>			
Ansiedade Mínima	28(29,5)	58(73,4)	<0,001£
Ansiedade Leve	47(49,5)	20(25,3)	
Ansiedade Moderada	18(18,9)	1(1,3)	
Ansiedade Grave	2(2,1)	0(0)	
<b>Nível de Sintomas de Depressão (BDI-II – escore total)</b> (Média + desvio padrão)	13,14 ± 7,26	5,86 ± 4,21	<0,001€
<b>Nível de Sintomas Depressão (BDI-II – níveis)*</b>			
Depressão Mínima	53(55,8)	75(94,9)	<0,001£
Depressão Média	22(23,2)	2(2,5)	
Depressão Moderada	16(16,8)	2(2,5)	
Depressão Severa	4(4,2)	0(0)	

\* Valores apresentados na forma n(%); €: teste t de Student para grupos independentes; £: teste de Mann-Whitney

Como se pode observar na tabela 2, as mulheres do grupo G1 apresentaram maior escore total no BAI (maior nível de sintomas de ansiedade) que as do grupo G2, sendo que a média do escore total para o grupo G1 foi de 11,17± 6,36, e para o grupo G2 foi de 4,86± 3,98 ( $p < 0,001$ ).

Ao analisarem-se os sintomas de ansiedade divididos em níveis, observa-se que no grupo G2 houve prevalência de níveis de sintomas de ansiedade mínima (73,4% das mulheres), seguido de níveis de sintomas de ansiedade leve (25,3% das

mulheres) e ansiedade moderada com apenas um caso. Nenhuma mulher do grupo G2 apresentou nível de sintomas de ansiedade grave. Já no grupo G1, a maior parte das mulheres apresentou nível de sintomas de ansiedade leve (49,5%) seguido de ansiedade mínima (29,5%). Nível de sintomas de ansiedade moderada foi observado em 18 mulheres (18,9%) e duas mulheres apresentaram nível de sintomas de ansiedade grave ( $p < 0,001$ ).

Quanto aos níveis de sintomas de depressão, observa-se, conforme consta na tabela 2, que no grupo G1 prevaleceu o nível de sintomas de depressão mínima, com 55,8%, seguido de depressão média, com 23,2%, depressão moderada, com 16,8% e depressão severa, com 4,2%. No G2, a maior parte das mulheres se enquadraram em nível de sintomas de depressão mínima (94,9%), sendo que apenas duas mulheres apresentaram sintomas de depressão moderada (2,5%) e duas de depressão média (2,5%). Nenhuma mulher do grupo G2 apresentou nível de sintomas de depressão severa ( $p < 0,001$ ).

Apesar de nos dois grupos prevalecer o nível de sintomas de depressão mínima, quando analisada a média do escore total do BDI-II, observa-se que as mulheres do grupo G1 apresentaram um escore significativamente maior (maior nível de sintomas de depressão) que as do G2, sendo que no G1 a média foi de  $13,14 \pm 7,26$  e no G2 foi de  $5,86 \pm 4,21$ , ( $p < 0,001$ ).

#### 5.4. QUALIDADE DE VIDA

Conforme se pode observar na tabela 3, o grupo G1 apresentou níveis inferiores no escore total do questionário WHOQOL-bref (pior qualidade de vida) quando comparado com o grupo G2. A média do escore total no G1 foi de  $73,53 \pm 9,35$  e no G2 foi de  $82,30 \pm 7,62$ . Essa diferença entre os grupos mostrou-se estatisticamente significativa, sendo  $p < 0,001$ .

Ao analisar o WHOQOL-bref separadamente em domínios, pode-se observar que em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) o grupo com dores musculoesqueléticas (G1) apresentou médias inferiores ao grupo sem dores (G2) havendo significância estatística em todos os domínios ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 3:** Comparação da qualidade de vida entre os grupos

Variável	Grupo		P
	G1 (n=95)	G2 (n=79)	
<b>Qualidade de Vida/ escore total*</b> (Média + desvio padrão)	73,53 ± 9,35	82,30 ± 7,62	<0,001€
<b>Qualidade de Vida/domínios*</b> (Média + desvio padrão)			
Físico	63,5 ± 11,37	80,02 ± 8,92	<0,001€
Psicológico	84,43 ± 10,67	92,40 ± 8,27	<0,001€
Relações Sociais	73,07 ± 14,15	77,74 ± 12,92	0,025€
Meio Ambiente	73,16 ± 11,65	79,03 ± 12,02	0,001€

\*: Questionário WHOQOL-bref; €: Teste t de Student para grupos independentes.

### 5.5. INTENSIDADE ÁLGICA

Conforme a tabela 4 pode-se observar que, na população deste estudo, a intensidade álgica, mensurada através da EVA, apresentou uma correlação positiva com os níveis de sintomas de ansiedade, sendo que quanto mais intensa a dor, maiores são os sintomas de ansiedade ( $p < 0,001$ ). A intensidade álgica não se correlacionou com os níveis de sintomas de depressão ( $p > 0,05$ ).

Também houve significância estatística na correlação da intensidade álgica com o domínio físico do questionário WHOQOL-bref, no entanto a correlação entre as variáveis se deu de forma negativa, ou seja, quanto maior a intensidade da dor pior a qualidade de vida no domínio físico ( $p < 0,001$ ). A intensidade álgica não se correlacionou significativamente com o domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente do questionário WHOQOL-bref e também com o escore total do mesmo questionário ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 4:** Correlação entre a qualidade de vida, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão com a intensidade algica

<b>INTENSIDADE ÁLGICA</b>		
	<b>Correlação de Pearson</b>	<b>P</b>
<b>Nível de Sintomas de Ansiedade</b> (escore total)	,360	<0,001 $\alpha$
<b>Nível de Sintomas de Depressão</b> (escore total)	,115	0,267 $\alpha$
<b>QDV – Domínio Físico</b>	-,338	0,001 $\alpha$
<b>QDV – Domínio Psicológico</b>	-,101	0,329 $\alpha$
<b>QDV – Domínio Relações Sociais</b>	-,009	0,934 $\alpha$
<b>QDV – Meio Ambiente</b>	-,126	0,224 $\alpha$
<b>QDV – Índice geral</b>	-,174	0,092 $\alpha$

$\alpha$ : Correlação de Pearson

#### 5.6. USO DE FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS

Das 174 mulheres participantes da pesquisa, não foi possível coletar a informação sobre a medicação utilizada de 18 mulheres. Sendo assim, a análise da medicação antidepressiva e ansiolítica foi realizada com 156 idosas. A medicação ansiolítica foi utilizada por 10 mulheres, sendo 6 do grupo G1 e 4 do grupo G2. Não foi encontrada diferença significativa no uso de medicação ansiolítica entre os dois grupos (Teste Qui-quadrado com correlação de continuidade;  $p=0,906$ ). A medicação antidepressiva foi utilizada por 20 mulheres, sendo 15 do grupo G1 e 5 do grupo G2, da mesma forma não foi encontrada diferença significativa no uso de medicação antidepressiva entre os dois grupos (Teste Qui-quadrado com correlação de continuidade;  $p=0,064$ ).

A Tabela 5 mostra a comparação dos sintomas de ansiedade, dos sintomas de depressão e da qualidade de vida entre as idosas que fazem uso de medicação ansiolítica e as que não fazem. Conforme se pode observar nos resultados da tabela, não existiu diferença significativa entre os dois grupos em nenhuma das variáveis analisadas.



**Tabela 5:** Relação entre a qualidade de vida e os níveis de sintomas de ansiedade e depressão com a utilização ou não de medicação ansiolítica

	<b>Com Medicação Ansiolítica (n=10)</b>	<b>Sem Medicação Ansiolítica (n=146)</b>
<b>Nível de Sintomas de Ansiedade</b> (média + desvio padrão do escore total do BAI)	9,8 ± 3,6	7,9 ± 5,8
<b>P</b>		0,146€
<b>Nível de Sintomas de Depressão</b> (média + desvio padrão do escore total BDI-II)	10,8 ± 3,9	9,56 ± 7
<b>P</b>		0,583€
<b>Qualidade de Vida</b> (Média + desvio padrão do índice geral do WHOQOL-bref)	75,8 ± 7,9	77,8 ± 9,3
<b>P</b>		0,509€

€: Teste t de Student para grupos independentes

A Tabela 6 mostra a comparação dos sintomas de ansiedade, dos sintomas de depressão e da qualidade de vida entre as mulheres que fazem uso de fármacos antidepressivos e as que não os utilizam. Conforme se pode observar nesta tabela, as mulheres que utilizam estes fármacos apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão e pior qualidade de vida que as mulheres que não os utilizam. Em todas as variáveis foi observada diferença significativa entre os dois grupos.

**Tabela 6:** Relação entre a qualidade de vida e os níveis de sintomas de ansiedade e depressão com a utilização ou não de medicação antidepressiva

	<b>Com Medicação Antidepressiva (n=20)</b>	<b>Sem Medicação Antidepressiva (n=136)</b>
<b>Nível de Sintomas de Ansiedade</b> (média + desvio padrão do escore total do BAI)	11,0 ± 5,3	7,6 ± 5,6
<b>P</b>		0,011€
<b>Nível de Sintomas de Depressão</b> (média + desvio padrão do escore total BDI-II)	15,1 ± 9,0	8,8 ± 6,1
<b>P</b>		0,007€
<b>Qualidade de Vida</b> (Média + desvio padrão do índice geral do WHOQOL-bref)	71,1 ± 7,7	78,7 ± 9,1
<b>P</b>		0,001€

€: Teste t de Student para grupos independentes

## 6. DISCUSSÃO

As dores musculoesqueléticas, decorrentes de patologias osteomusculares, são altamente incapacitantes e frequentes na população idosa, estando entre as doenças crônicas mais comuns no processo de envelhecimento humano.<sup>4,7</sup> Os resultados dos estudos de prevalência de algias musculoesqueléticas em idosos diferem bastante em seus resultados.<sup>16,17,18,39,40</sup> No presente estudo, a ocorrência de dor musculoesquelética mostrou-se bastante frequente, sendo que 54,6% das idosas apresentavam algias musculoesqueléticas em uma ou mais regiões do corpo há mais de três meses e, em contrapartida, 45,4% não apresentavam dor em nenhum local do corpo nos últimos três meses. No estudo realizado por Dellarozza e colaboradores (2007), com idosos (ambos os sexos) residentes em Londrina, 51,4% dos indivíduos entrevistados apresentavam dores crônicas, sendo que nesta pesquisa a dor crônica foi definida como dores há mais de 6 meses. Quando analisadas somente as mulheres do estudo, a prevalência sobe para 59% de idosas com dor crônica.<sup>17</sup>

Diferentemente destes resultados, alguns estudos trazem prevalências menores, como por exemplo no estudo realizado com idosos de ambos os sexos residentes em São Paulo, no qual a prevalência de dor crônica foi de 29,7%<sup>18</sup> e também no estudo realizado com idosos ingleses no qual a prevalência de dor em idosas foi de 35,4%, porém neste estudo não há menção sobre há quanto tempo a idosa estava com dor e nem sobre qual o local acometido.<sup>4</sup> Em contrapartida, outras pesquisas apresentam resultados com maior incidência, como no estudo realizado com idosos da Turquia, no qual a presença de dor musculoesquelética crônica (presente há 1 ano ou mais) foi observada em 72,1% dos indivíduos. Quando analisadas somente as idosas deste estudo, observa-se uma prevalência ainda maior, com 85,5% das mulheres acometidas.<sup>16</sup> Dellarozza et al. (2008) analisaram a prevalência de dor crônica em idosas da comunidade, sendo que a dor crônica foi determinada como uma dor presente há mais de seis meses. A prevalência de dor crônica nas idosas deste estudo foi de 69,3%, sendo que as demais mulheres (31,7%) incluíam mulheres com dor há menos de seis meses ou ausência de dor. Os autores justificam a alta prevalência de dor neste estudo pelo fato da amostra ter sido obtida a partir de uma seleção de idosos com queixas anteriores de dor.<sup>39</sup>

No presente estudo, os grupos não diferiram estatisticamente quando à idade, mostrando que, na população estudada, a dor musculoesquelética crônica estava presente em idosos de diferentes idades. Esses resultados vão ao encontro de outros estudos nos quais também não encontraram a idade como fator associado à dor crônica em idosos.<sup>11,17</sup>

Da mesma forma, não se observou relação da dor musculoesquelética crônica com a escolaridade,<sup>17</sup> estado civil<sup>17,39,40</sup> e nível socioeconômico,<sup>17,39</sup> mostrando que o fato de ter ou não dor independe destas variáveis, como também a existência de homogeneidade amostral entre os dois grupos.

No presente estudo, a lombalgia foi a queixa musculoesquelética mais prevalente, sendo relatada por 37,9% das mulheres com dor musculoesquelética crônica. Esses resultados vão ao encontro de outros estudos os quais também encontraram a dor lombar como a queixa mais frequente entre idosos.<sup>10,18,41</sup> A lombalgia é reconhecida como sendo uma das queixas mais comuns em pessoas idosas, sendo que é mal compreendida e potencialmente incapacitante. As causas de lombalgia são muito amplas, podendo ser dores mecânicas mais simples, dores decorrentes de degeneração lombar, dores lombares com radiculopatia, dores oriundas de fraturas osteoporóticas, de tumores, da síndrome da cauda equina, de distúrbios viscerais entre outras causas. No tratamento das dores lombares é necessária uma avaliação precisa para identificar os fatores físicos e psicossociais que contribuem para a dor e assim buscar o tratamento mais adequado para cada indivíduo.<sup>42</sup>

Na população deste estudo, a dor cervical foi a segunda região mais acometida, seguida dos membros inferiores, superiores e da região torácica. Baseado em outros estudos realizados anteriormente, é possível observar uma variância na prevalência de algias nessas regiões.<sup>10,16,17,18</sup>

Quanto à intensidade algica, foi possível observar que a maior parte das mulheres da presente pesquisa apresentavam dores moderadas, seguido de dores leves e dores severas. A escassez de pesquisas que analisem a intensidade algica e as diferentes ferramentas utilizadas para mensurá-la dificultam a comparação dos resultados. No entanto, a intensidade algica é considerada uma das características mais importantes nas pesquisas de dor. Ela pode ser investigada através de diversas ferramentas como, por exemplo, a EVA, utilizada neste estudo, a escala numérica da dor e escalas de avaliação verbal. A EVA e escala numérica têm se

mostrado mais sensíveis do que escalas verbais com menos de quatro categorias, justificando assim a escolha da EVA para este estudo.<sup>32</sup>

Dellaroza e colaboradores (2007) mensuraram a intensidade algica em idosos através da Escala de Copos, que compara a dor com 6 copos que variam de vazio (sem dor) até cheio (pior dor imaginável). Conforme o copo escolhido, a dor é classificada em leve, moderada e intensa. Os resultados desta pesquisa mostraram que 50,7% dos casos foram de dores leves, 38,4% de dores moderadas e 9,5% de dores intensas.<sup>17</sup> No estudo de Cavlak e colaboradores (2009), 69,5% das idosas apresentaram dores severas, 21,6% dores moderadas e 9% dores leves. Neste estudo também foi utilizada a EVA para mensurar a dor, no entanto foram utilizados pontos de corte diferentes e não referenciados pela literatura.<sup>16</sup>

As dores musculoesqueléticas estão relacionadas a consideráveis limitações psicológicas, funcionais<sup>9,11</sup> e sociais.<sup>9</sup> Neste estudo pode-se observar uma relação direta entre a presença de dor musculoesquelética crônica com o maior nível de sintomas de ansiedade, sendo que o grupo G1 (com dor musculoesquelética crônica) apresentou maiores níveis de sintomas de ansiedade no BAI que o grupo G2 (sem dores).

Com os resultados deste estudo não se pode afirmar que as mulheres com dor apresentam ansiedade, já que o diagnóstico de ansiedade requer uma avaliação clínica mais ampla e complexa. Mas essa diferença dos sintomas de ansiedade entre os dois grupos evidencia a relação da dor musculoesquelética crônica com a ansiedade, corroborando com pesquisas realizadas previamente nas quais também se observou relação direta entre as duas variáveis.<sup>14,20,22</sup>

No estudo longitudinal de Arola e colaboradores (2010), a presença de dor no início do estudo foi um fator de risco para desenvolver ansiedade nos três anos seguintes, da mesma forma que a presença de sintomas ansiosos no início da pesquisa mostrou-se como fator de risco para desenvolver quadros algicos nos próximos três anos.<sup>14</sup> Em outro estudo, no entanto realizado com idosos institucionalizados, também foi encontrada relação direta entre a dor e a ansiedade.<sup>20</sup>

Ao analisar-se a correlação existente entre a intensidade algica, mensurada pela escala visual analógica de dor, e os níveis de sintomas de ansiedade, pôde-se observar, na população estudada, a existência de uma correlação positiva entre as duas variáveis, sendo que quanto mais forte é a dor, maiores são os sintomas de

ansiedade. Um resultado semelhante foi encontrado por Hanssen e colaboradores (2014), que diferentemente deste estudo, analisaram idosos depressivos com dor crônica e dor aguda. Nestes idosos, a dor crônica mais intensa mostrou-se associada a vários determinantes biopsicossociais, sendo que a ansiedade foi um dos fatores mais fortemente relacionados, ao passo que a intensidade algica da dor aguda não se correlacionou com a ansiedade.<sup>43</sup>

Apesar de a literatura apontar que as patologias físicas, especialmente quando associadas à dor e disfunção, podem representar um fator de risco para ansiedade no envelhecimento, até o momento não se pode afirmar quais são mecanismos desta relação.<sup>44</sup> Em uma meta-análise na qual foi analisada a relação entre a ansiedade e a dor, tanto em estudos clínicos quanto não clínicos de dor, foi encontrada uma forte associação entre as variáveis, sugerindo que níveis mais elevados de ansiedade estão relacionados com o conseqüente aumento do medo da dor. Esse medo pode gerar comportamentos relacionados à algia, como o desuso e a incapacidade.<sup>45</sup>

Quanto à relação entre os sintomas de depressão e a dor musculoesquelética crônica, os resultados deste estudo mostraram que as idosas do com dor apresentaram níveis de sintomas de depressão mais elevados que as mulheres sem dor. Apesar de em ambos os grupos a maior parte das mulheres apresentarem níveis de sintomas de depressão mínimos, no grupo G2, apenas duas mulheres apresentaram sintomas de depressão média e duas de depressão moderada, sendo que sintomas de depressão severa não foram encontrados em nenhuma mulher deste grupo. Em contra partida, no grupo G1 a prevalência de idosas que se enquadraram em sintomas de depressão mínima foi menor que no G2, e maior em todos os outros níveis (média, moderada e severa).

Os resultados deste estudo vão ao encontro de outras pesquisas que também encontraram relação semelhante entre a depressão e a dor musculoesquelética crônica em idosos.<sup>13,14,39,43,46</sup> No estudo realizado por Hanssen e colaboradores (2014), idosos depressivos relataram dor crônica mais frequentemente que idosos não depressivos. O mesmo estudo aponta que há um aumento dos níveis de depressão tanto em casos de dor aguda quanto de dor crônica.<sup>43</sup> Bonnewyn e colaboradores (2009), analisaram a presença de sintomas físicos dolorosos (presentes em qualquer momento nos últimos 12 meses) em idosos com e sem transtorno depressivo maior. Os resultados deste estudo

mostraram que os sintomas físicos dolorosos foram fortemente e independentemente associados com a depressão maior.<sup>46</sup>

Uma possível explicação pela maior parte das mulheres deste estudo apresentarem sintomas depressivos mínimos pode ser dada pelo fato delas participarem ativamente de grupos de convivência.<sup>47,48,49</sup> Segundo Oliveira e colaboradores (2006), idosos que participam de grupos de convivência ou fazem atividades de lazer com outras pessoas tendem a ter menos depressão que os idosos que não participam destes grupos.<sup>48</sup> Em um estudo realizado com idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade, foi possível observar ausência de sintomatologia depressiva nas participantes, bem como uma diminuição dos sintomas de depressão conforme o maior tempo de permanência nos grupos. Segundo o estudo as participantes apresentaram melhoras no humor e nas áreas pessoal, intelectual, afetiva e social.<sup>49</sup>

Apesar das idosas com dor apresentarem mais sintomas depressivos que as idosas sem dor, também não se pode afirmar que elas eram ou não deprimidas, visto a necessidade de um diagnóstico clínico para tal patologia. Mas a maior prevalência dos sintomas de depressão nas idosas com dor corrobora com resultados de estudos anteriores, salientando assim a existência de uma relação entre a dor musculoesquelética crônica e a depressão.<sup>13,14,43,46</sup>

Nesta pesquisa, não se observou correlação significativa entre a intensidade algica e os níveis de sintomas depressivos, mostrando que apesar das idosas com dor apresentarem mais sintomas de depressão que as mulheres sem dores, a intensidade algica não interferiu de modo significativo nos níveis de sintomas de depressão.

Pela metodologia utilizada neste estudo não se pode determinar se a dor é causadora dos sintomas de ansiedade e de depressão ou vice e versa, mas estudos realizados anteriormente mostraram que a relação da ansiedade e da depressão com as dores musculoesqueléticas crônicas pode ocorrer de forma recíproca.<sup>13,14</sup> Sendo assim, de acordo com os resultados desta pesquisa e de outros estudos realizados anteriormente, a dor musculoesquelética crônica e os sintomas de ansiedade e depressão podem estar presentes em um mesmo momento na vida do idoso.<sup>13,14,20,22,43,46</sup> Por esta relação poder ocorrer de forma recíproca,<sup>13,14,21</sup> deve-se ter atenção ao tratar um idoso com dor musculoesquelética ou com sintomatologia de ansiedade e depressão, fazendo-se necessária uma avaliação e tratamentos

completos e multidisciplinares. Segundo Woolf (2010), para analisar o impacto das doenças musculoesqueléticas é importante mensurar os problemas associados com elas que são a dor, os fatores emocionais e a qualidade de vida.<sup>15</sup> Gerrits (2012), sugere que se faz necessário dispor de maior atenção à dor ao se diagnosticar e tratar distúrbios de ansiedade e de depressão.<sup>21</sup>

Apesar da mortalidade nas disfunções musculoesqueléticas ser geralmente baixa,<sup>4,7,15</sup> essas patologias estão relacionadas a um maior efeito na inaptidão física, nos custos médicos<sup>7</sup> e impactam negativamente na qualidade de vida.<sup>7,16,25,26</sup>

Neste estudo foi possível observar que as mulheres com dor musculoesquelética crônica apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) do WHOQOL-bref, quando comparadas com as mulheres sem dor. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados anteriormente.<sup>16,25,26</sup> O estudo realizado por Wranger e colaboradores (2014), mostrou que a presença de dor foi o determinante mais forte no decréscimo da qualidade de vida em idosas.<sup>25</sup>

No estudo de Falsarella e colaboradores (2012), no qual foi analisada a influência das disfunções reumáticas e dos sintomas crônicos articulares na qualidade de vida de idosos acima de 60 anos, foi possível observar que as doenças reumáticas tiveram maior influência na capacidade física e na dor e os sintomas crônicos articulares tiveram influência em todos os aspectos da qualidade de vida. No questionário utilizado nesta pesquisa (SF-36) a qualidade de vida é dividida em função física, problemas físicos, dor, estado de saúde geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.<sup>26</sup> Na pesquisa de Cavlak e colaboradores (2008), idosos com dor musculoesquelética tiveram uma autopercepção negativa da sua saúde, enquanto que os idosos sem dores tiveram uma autopercepção muito boa/excelente. Os idosos com dores ainda tiveram mais dias com pior saúde física e mental no período de 30 dias que os assintomáticos.<sup>16</sup>

A dor musculoesquelética crônica afeta negativamente a saúde física do indivíduo acometido, pois pode limitar as atividades do dia a dia,<sup>9,15</sup> diminuir a atividade física contribuindo assim, para a perda progressiva de força muscular e flexibilidade e levar ao sobrepeso, sendo que a combinação dessas consequências pode agravar o quadro algico decorrente das patologias musculoesqueléticas.<sup>9</sup> As idosas com dor crônica deste estudo apresentaram pior qualidade de vida no domínio físico quando comparadas com as mulheres sem dor e, além disso, a



intensidade álgica correlacionou-se negativamente com o domínio físico do WHOQOL-bref, mostrando que quanto mais forte é a dor, menor é a qualidade de vida neste domínio. A intensidade álgica não se correlacionou significativamente com os demais domínios do WHOQOL-bref e não foram encontrados estudos que buscaram a relação da intensidade álgica com a qualidade de vida em idosos.

Conforme descrito anteriormente, as mulheres com dor crônica deste estudo apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão quando comparadas com mulheres sem dores e, concomitante com este resultado, as mulheres com dor crônica apresentaram pior qualidade de vida no domínio psicológico do WHOQOL-bref. A dor crônica quando associada a fatores psicológicos, como medo, ansiedade e depressão pode afetar ainda mais a qualidade de vida do indivíduo.<sup>9</sup>

Além de a dor crônica ter consequências sobre o funcionamento físico e psicológico das pessoas acometidas, pode afetar diretamente nas relações sociais destes indivíduos. O fato de ter dor, acrescido de outras possíveis consequências como insônia, fadiga, perda da capacidade física, dificuldade de locomoção e sintomas de ansiedade e depressão, pode levar mais facilmente o sujeito com dor crônica a reduzir suas atividades de lazer e contatos sociais.<sup>9,15</sup> Neste estudo, esse impacto da dor musculoesquelética crônica pôde ser observado no fato de que as idosas com dor apresentaram pior qualidade de vida nos domínios de relações sociais e meio ambiente quando comparadas com as mulheres sem dores, diferença esta que existiu apesar de todas realizarem uma atividade social em comum, que é a participação em clubes de mães.

Fazem-se necessários estudos futuros que investiguem a relação da dor musculoesquelética com sintomas de depressão e ansiedade e qualidade de vida em diferentes populações de idosos, como por exemplo idosos que não tenham atividades sociais em comum ou que não participem delas, bem como pesquisas com idosos do sexo masculino.

Neste estudo pôde-se observar que não houve diferença entre os grupos quanto à utilização de fármacos antidepressivos ( $p > 0,005$ ). Bonnewyn e colaboradores (2008), também não encontraram diferença significativa na utilização de fármacos antidepressivos em idosos com e sem sintomas físicos dolorosos.<sup>46</sup> No entanto, a utilização de medicação antidepressiva associou-se positivamente com os níveis de sintomas de ansiedade e depressão e negativamente com a qualidade de vida. Apesar de estes resultados apontarem que as mulheres que fazem uso de

antidepressivo apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão e pior qualidade de vida, sugerindo que as mulheres mais debilitadas estariam em tratamento, não se pode chegar a uma conclusão concreta visto que há carência de algumas informações importantes, como por exemplo, o tempo que estão em tratamento antidepressivo, posologia e interações medicamentosas.

Da mesma forma que com os antidepressivos, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos quanto à utilização de fármacos ansiolíticos. Resultado semelhante foi encontrado por Bonnewyn e colaboradores (2008). A utilização ou não destes medicamentos não teve relação com os sintomas de ansiedade e depressão e com a qualidade de vida.<sup>46</sup> Em relação ao uso de fármacos antidepressivos e ansiolíticos, os resultados do presente estudo são inconclusivos, visto a necessidade de mais informações sobre a utilização dos medicamentos pelas idosas e ao baixo número amostral que fazia uso destes fármacos.

Sugerem-se novas pesquisas que avaliem a relação da dor musculoesquelética crônica com os sintomas de ansiedade, depressão e com a qualidade de vida em idosos de ambos os sexos. Para aprofundar o assunto estudado, se fazem necessários estudos longitudinais que busquem analisar a relação existente entre essas variáveis em um período mais longo de tempo.

## **7. CONCLUSÕES:**

1. As idosas com dor musculoesquelética crônica apresentaram níveis mais elevados de sintomas de ansiedade e depressão, bem como pior qualidade de vida que as mulheres sem dores crônicas.
2. A idade, escolaridade, nível socioeconômico e o estado civil não foram fatores determinantes para a presença ou ausência de dor crônica.
3. A intensidade algica mais severa correlacionou-se com pior qualidade de vida no domínio físico e maior nível de sintomas de depressão.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Good health adds life to years: global brief for World Health Day 2012. Genebra: 2012. 28p.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050: revisão 2008. Rio de Janeiro: 2008. 93p.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública [internet]. 2009 junho. [citado em 19 maio 2013]; 43(3):548-554. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso)
4. Mody GM, Brooks PM. Improving musculoskeletal health: Global issues. Best Prac Res Clin Rheumatol [internet]. 2012 abr. [citado em 19 maio 2013]; 26(2):237-9. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694212000332>
5. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Best Prac Res Clin Rheumatol [internet]. 2011 abr. [citado em 19 maio 2013]; 25(2):173-83. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694211000052>
6. Parsons S, Symmons DPM. The burden of musculoskeletal conditions. Medicine [internet]. 2010 mar. [citado em 21 maio 2013]; 38(3):126-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303909003442>
7. Bove SE, Flatters SJL, Inglis JJ, Mantyh, PW. New advances in musculoskeletal pain. Brain Res Rev [internet]. 2009 abr. [citado em 21 maio 2013]; 60(1):187-201. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165017308001501>
8. Leveille SG, Zhang Y, McMullen W, Kelly-Hayes M, Felson DT. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. Pain [internet]. 2005 ago. [citado em 29 maio 2013]; 116(3):332-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395905002149>
9. Tüzün Eh. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. Best Prac Res Clin Rheumatol [internet]. 2007 jun. [citado em 29 maio 2013]; 21(3):567-79. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694207000356>
10. Baek S, Lim, JY, Lim, J, Park, JH, Lee, JJ, Lee, SB, Kim, KW, Paik, N. Prevalence of musculoskeletal pain in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). Arch Gerontol Geriatr [internet]. 2010 dez. [citado em 29 maio 2013]; 51(3):46-51. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749430900291>
11. Woo J, Leung J, Lau E. Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. Public Health [internet]. 2009 ago. [citado em 29 maio 2013]; 123(8):549-56. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350609001966>.
12. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. Journal of Affective Disorders [internet]. 2008 fev. [citado

- em 29 maio 2013]; 106(1):29-44. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032707002285>
13. Kroenke K, Wu J, Bair M, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal Relationship Between Pain and Depression: 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *The Journal of Pain* [internet]. 2011 set. [citado em 29 maio 2013]; 12(9):964-73. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590011004871>
  14. Arola H, Nicholls E, Mallen C, Thomas E. Self-reported pain interference and symptoms of anxiety and depression in community-dwelling older adults: Can a temporal relationship be determined? *European Journal of Pain* [internet]. 2010 out. [citado em 29 maio 2013] 14(9):966-71. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090380110000509>
  15. Woolf AD, Vos T, March L. How to measure the impact of musculoskeletal conditions. *Best Prac Res Clin Rheumatol* [internet]. 2010 dez. [citado em 29 maio 2013] 24(6):723-32. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694210000963>
  16. Cavlak U, Yagci N, Aslan UB, Ekici G. A new tool measuring health-related quality of life (HRQOL): The effects of musculoskeletal pain in a group of older Turkish people. *Arch Gerontol Geriatr* [internet]. 2009 out. [citado em 29 maio 2013]; 49(2): 298-303. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494308002227>
  17. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 maio. [citado em: 29 maio 2013]; 23(5): 1151-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500017)
  18. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013 fev. [citado em 5 junho 2013]: 29(2):325-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000200019&script=sci_arttext)
  19. Castillo RC, Wegener ST, Heins SE, Haythornthwaite JA, Mackenzie EJ, Bosse MJ. Longitudinal relationship between anxiety, depression, and pain: Results from a two-years cohort study of lower extremity trauma patients. *Pain* [internet] 2013 ago. [citado em 19 maio]; 154: 2860-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23994104>
  20. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz, IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain* [internet]. 1995. [citado em 5 abril 2013]; 61:271-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7659437>
  21. Gerrits MMJG, Vogelzangs N, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, Van der Horst H, Penninx BWJH. Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain* [internet]. 2012 fev. [citado em 20 junho 2013]; 153(2):429-36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22154919>
  22. Talvari A, Nemati N, Sini ZK, Golsefidi FN, Varkiani ME. The Association of Neck Pain with Depression and Anxiety Symptoms in Elderly. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* [internet]. 2013. [citado em 21 junho 2013]; 82:366-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813013438>

23. World Health Organization. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: 1996. 18p.
24. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública [internet]. 2000 abril. [citado em 20 abril 2013]; 34(2):178-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012)
25. Wranger LS, Rennemark M, Berglund J, Elmstahl S. Relationship Between Pain and Quality of Life: Findings from the Swedish National study on Aging and Care. Scandinavian Journal of Pain [internet]. 2014 out. [citado em 3 nov 2014]; 5(4):270-5. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877886014000913>
26. Falsarella GR, Coimbra IB, Neri AL, Barceki CC, Costallat LTL, Carvalho OMF, Coimbra AMV. Impacto f rheumatic diseases and chronic joint symptoms on quality of life in the elderly. Arch Gerontol Geriatr [internet]. 2012 abr-mar. [citado em 30 junho 2013]; 54(2):77-82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21871677>
27. Hsiej RL, Lee WC, Lo MT, Liao WC. Postural stability in patients with knee osteoarthritis: comparison with controls and evaluation of relationships between postural stability scores and *International Classification of Functioning, Disability and Health* components. Arch Phys Med Rehabil [internet]. 2013 fev. [citado em 20 abril 2013]; 94(2): 340-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23041145>
28. Folstein M, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research [internet] 1975 nov. [citado em 10 abril 2013]; 12(3):189-98. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>
29. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuro-Psiquiatr [internet]. 1994 mar. [citado em 10 abril 2013]; 52(1):1-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1994000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001)
30. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev. Saúde Pública [internet]. 2006 ago. [citado em 10 abril 2013]; 40(4):712-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso)
31. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: 2013. 5p.
32. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Balk GA, Stewart RE. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. Pain [internet] 2014 set. [citado em 20 out 2014]; 155(12):2545-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25239073>
33. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieiri W. Comparison of Beck Depression Inventories – I and II in psychiatric outpatients. J Pers Assess [internet]. 1996 dez. [citado em 20 maio 2013]; 67(3):588-97. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8991972>

34. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev. Bras. Psiquiatr* [internet]. 2012 dez. [citado em 20 maio 2013]; 34(4): 389-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000400005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000400005&script=sci_abstract)
35. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* [internet]. 1988 dez. [citado em 20 maio 2013]; 56(6): 893-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>
36. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
37. Pedroso B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida* [internet]. 2010 jan/jun. [citado em 15 maio 2013]; 2(1)31-6. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbgv/article/view/687/0>
38. Walsh NE, Brooks P, Hazes JM, Walsh RM, Dreinhofer K, Woolf AD, Akesson K, Lidgren L. Standards of Care for Acute and Chronic Musculoskeletal Pain: The Bone and Joint Decade (2000-2010). *Arch Phys Med and Rehabil* [internet]. 2008 set. [citado em 30 jun 2013]; 89(9): 1830-45. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760171>
39. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, Pacola L. Caracterização da Dor Crônica e Métodos Analgésicos Utilizados por Idosos da Comunidade. *Rev Assoc Med Bras* [internet]. 2008. [citado em out 2014]; 54(1)36-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>
40. Chou K. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *Journal of Affective Disorders* [internet] 2007 jan. [citado em 5 abril 2013]: 102:115-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17240455>
41. Celick KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [internet]. 2009 jun. [citado em 25 out 2014]; 12(13):345-59. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/144.pdf>
42. Jones, LD, Pandit H, Lavy C. Back pain in the elderly: a review. *Maturitas* [internet] 2014 ago. [citado em 20 out 2014]; 78(4): 258-62. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037851221400156X>
43. Hanssen DJ, Naarding P, Collard RM, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Physical, lifestyle, psychological, and social determinants of pain intensity, pain disability, and number of pain locations in depressed older adults. *Pain* [internet]. 2014 out. [citado em 5 nov 2014]; 155(10):2088-96. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25072890>
44. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJ, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clin Psychol Rev* [internet]. 2013 set. [citado em 20 out 2014]; 33(8):1096-105. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24091001>

45. Ocañez KL, McHugh RK, Otto MW. A Meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depress Anxiety* [internet]. 2010 ago. [citado em 20 out 2014]; 27(8):760-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20336798>
46. Bonnewyn A, Katna C, Bruffaerts R, Haro JM, de Graaf R, Alonso J, Demyttenaere K. Pain and depression in older people: comorbidity and patterns of help seeking. *J Affect Disord* [internet] 2009 out. [citado em 20 out 2014]; 177(3):193-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217167>
47. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, dOrsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo *EpiFloripa*. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2013 mar. [citado em 20 set 2014]; 47(4):701-10. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=695416&indexSearch=ID>
48. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2006 ago. [citado em 17 set 2014]; 40(4): 734-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000500026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000500026&script=sci_abstract&tlng=pt)
49. Irigaray TG, Schneider H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [internet]. 2007 abr. [citado em 17 set 2014]; 29(1):19-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100008)



**APÊNDICE A – Autorização Presidente da Associação dos Clubes de Mães**

Porto Alegre, 25 de Junho de 2013.

Prezados Senhores

Eu, Roseli Trevisan,

Presidente da Associação dos Clubes de Mães de Caxias do Sul/RS, conheço o protocolo de pesquisa "Autonomia funcional e qualidade de vida em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica" desenvolvida por Sarimam Storchi sendo o pesquisador responsável Mirna Wetters Portuguez.

O início desta pesquisa, nos Clubes de Mães, só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,

Roseli Trevisan

Roseli Trevisan

Ao Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Lucas da PUCRS  
Nesta Universidade

## APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico

### FICHA SOCIOECONÔMICA

GRUPO DMEC (\_\_\_) GRUPO CONTROLE (\_\_\_) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

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

Endereço: \_\_\_\_\_.

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_.

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão pregressa: \_\_\_\_\_ Profissão atual: \_\_\_\_\_.

Você apresenta algum problema de saúde no momento? Se sim, quais?

---



---



---

Você já teve alguma fratura? Se sim, quais?

---



---



---

Você já passou por algum procedimento cirúrgico? Se sim, quais?

---



---



---

Quais medicações você faz uso no momento?

---



---



---

Você pratica atividade física? Se sim, qual a atividade e a frequência?

---



---



---

Você fuma?

( ) Sim ( ) Não

Escolaridade: Anos de estudo: \_\_\_\_\_.

( ) Analfabeto

Critérios de Exclusão:

( ) Fundamental Incompleto

( ) Procedimento cirúrgico nos últimos seis meses;

( ) Fundamental Completo

( ) Doenças neurodegenerativas – Qual?

( ) Doenças oncológicas – Qual?

( ) Médio Incompleto

( ) MEEM <24

( ) Médio Completo

### RESULTADO INSTRUMENTOS

Resultado MEEM: \_\_\_\_\_

Nível Socioeconômico: \_\_\_\_\_

Nível de Ansiedade: \_\_\_\_\_

Nível de Depressão: \_\_\_\_\_

Qualidade de Vida: \_\_\_\_\_

Dor mais intensa: \_\_\_\_\_ Intensidade: \_\_\_\_\_

---



---

**SOMENTE PARA O GRUPO DMEC**

Quais os locais que você sente dor?

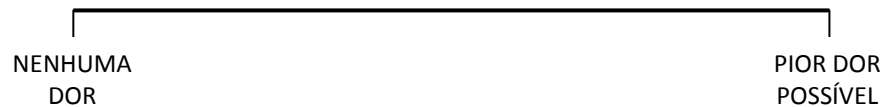
<b>DOR 1:</b>
Quantas vezes por semana você sente está dor?
Quando ela iniciou?
Você já tem algum diagnóstico desta dor?
Quais os tratamentos que você já realizou?

Marque na escala abaixo a intensidade da sua dor:



<b>DOR 2:</b>
Quantas vezes por semana você sente está dor?
Quando ela iniciou?
Você já tem algum diagnóstico desta dor?
Quais os tratamentos que você já realizou?

Marque na escala abaixo a intensidade da sua dor:



<b>DOR 3:</b>
Quantas vezes por semana você sente está dor?
Quando ela iniciou?
Você já tem algum diagnóstico desta dor?
Quais os tratamentos que você já realizou?

Marque na escala abaixo a intensidade da sua dor:



<b>DOR 4:</b>
Quantas vezes por semana você sente está dor?
Quando ela iniciou?
Você já tem algum diagnóstico desta dor?
Quais os tratamentos que você já realizou?

Marque na escala abaixo a intensidade da sua dor:



## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Pesquisa:** Qualidade de vida e níveis de ansiedade e depressão em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica..

Você está sendo convidado a participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo, verificar o quanto se dor musculoesquelética influencia nos sintomas de ansiedade e depressão e na qualidade de vida. Para isso será necessário comparar pessoas com e sem dor musculoesquelética crônica. A importância desta pesquisa, se dá pelo fato de que as doenças musculoesqueléticas são muito frequentes, sendo necessário estudá-las em todos os seus aspectos a fim de buscar tratamentos completos que melhorem a qualidade de vida das pessoas acometidas. Tal estudo prevê a participação de frequentadoras dos Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul/RS, com idade igual ou superior a 60 anos que possuam ou não dor musculoesquelética crônica.

Para tanto será necessário que você responda a alguns questionários e escalas, referentes aos seus *dados sociodemográficos* (perguntas gerais, como por exemplo, idade, estado civil, endereço, telefones e perguntas sobre o histórico da sua saúde), *ao seu funcionamento cognitivo* (Mini Exame do Estado Mental composto por questões que analisam a memória, capacidade de fazer cálculos, linguagem e orientação no tempo e espaço), *ao seu nível de ansiedade* (Inventário de Ansiedade de Beck composto por 21 questões), *ao seu nível de depressão* (Inventário de Depressão de Beck composto por 21 questões) e *aos aspectos de qualidade de vida* (Questionário WHOQOL-bref composto por 26 questões). Esses questionários serão aplicados pelo pesquisador, que fará a leitura das perguntas para você, que por sua vez responderá oralmente. Se você possuir *dor*, também será necessário responder algumas questões referentes a ela e será solicitado que você marque em uma linha quão grave está a sua dor, sendo que o início da linha representa ausência de dor e o final da linha representa a pior dor possível.

Esses questionários e testes serão realizados apenas uma vez, e os dados obtidos com esses instrumentos e pesquisa serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo. Um desconforto que você poderá ter será em relação ao tempo que deverá dispor para responder aos questionários.

Após analisados os testes, você será informada, através de uma carta, sobre os seus resultados e se houver alterações importantes nos sintomas ansiosos e depressivos e prejuízos na qualidade de vida, você será orientada a procurar um profissional especialista na área que houve alteração. Os profissionais indicados serão do serviço de geriatria ou de psicologia das Unidades Básicas de Saúde do estado mais próximas de você. Você levará consigo um laudo com todos os resultados obtidos.

Ao término da pesquisa, (prevista para último trimestre de 2014) serão apresentados os dados e conclusões do trabalho para todas participantes. As que optarem por deixar pesquisa antes de completar todos os testes, receberão o resultado dos testes realizados até o momento da desistência e, no caso de alterações nestes, serão orientadas da mesma forma a procurar um profissional especialista.

Como benefícios em participar da pesquisa você receberá a análise dos testes realizados. E, ocorrendo alterações nestas análises, você receberá a orientação para

procurar o profissional especializado para o seu caso. E também, outro benefício será a sua contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. A participação neste estudo é voluntária, e se você decidir não participar e quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade em fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa a sua identificação será mantida em absoluto sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da participante), fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas do procedimento no qual estarei envolvida, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento por meio do telefone (54) 99697868 da quiropraxista e pesquisadora Sarimam Storch ou (51) 33203480 da pesquisadora Mirna Wetters Portuguez (PUCRS). O telefone do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS é (51) 33203345 e o horário de atendimento é das 8h às 12h e das 13h30min às 17h. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar o meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificada de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial. Declaro que recebi a cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura da Participante

---

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE D – Artigo Submetido na Revista Cadernos de Saúde Pública

09/12/2014

Gmail - Novo artigo (CSP\_1850/14)



Sarimam Storchi &lt;storchi@fiocruz.br&gt;

### Novo artigo (CSP\_1850/14)

1 mensagem

**Cadernos de Saude Publica** <cademos@fiocruz.br>  
 Para: storchi@fiocruz.br

9 de dezembro de 2014 07:14

Prezado(a) Dr(a), SARIMAM STORCHI:

Confirmamos a submissão do seu artigo "DORES MUSCULOESQUELÉTICAS CRÔNICAS EM IDOSAS PARTICIPANTES DOS CLUBES DE MÃES DA CIDADE DE CAXIAS DO SUL" (CSP\_1850/14) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Marília Sá Carvalho  
 Prof. Claudia Travassos  
 Prof. Claudia Medina Coeli  
 Editoras



#### **Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

[cademos@ensp.fiocruz.br](mailto:cademos@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

## DORES MUSCULOESQUELÉTICAS CRÔNICAS EM IDOSAS PARTICIPANTES DOS CLUBES DE MÃES DA CIDADE DE CAXIAS DO SUL

### **AUTORES:**

Sarimam Storchi  
Mirna Wetters Portuguez  
Adriana Dalpicolli Rodrigues  
Juliana Bertoni

### **TÍTULO RESUMIDO:**

Dores Musculoesqueléticas Crônicas em Idosas

### **PALAVRAS CHAVE:**

Dor Musculoesquelética  
Saúde do Idoso  
Dor Crônica

### **RESUMO:**

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de dor musculoesquelética crônica (DMEC) em idosas participantes dos Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul, Brasil e analisar características da dor como a intensidade algica (IA) e a quantidade de regiões do corpo acometidas. Trata-se de um estudo transversal, realizado através de entrevistas com mulheres com 60 anos ou mais, participantes dos clubes de mães da cidade de Caxias do Sul, Brasil. A dor crônica foi definida como uma dor presente há mais de 3 meses e a IA foi mensurada através da Escala Visual Analógica. Participaram da pesquisa 176 idosas, sendo que destas, 2 foram excluídas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, 95 mulheres apresentaram DMEC e 79 não apresentaram dor alguma; a região do corpo mais cometida foi a lombar com 31,3% das queixas relatadas, seguida da região cervical com 23,5%. Quanto à IA, 22,6% foram de dores leves, 65,2% de dores moderadas e 12,2% de dores severas; 83,16% relatou dor em apenas uma região, 13,68% em duas regiões, 2,11% em três regiões e 1,05% relatou queixa em quatro regiões.

**ABSTRACT:**

The goal of this study was to determine the prevalence of chronic musculoskeletal pain in elderly women who are members of the Mothers' Clubs in the city of Caxias do Sul, Brazil, and to analyze pain's characteristics like intensity and the number of affected body parts. This was a cross-sectional study, conducted through interviews with women over 60 years old who participate in Mothers' Clubs in the city of Caxias do Sul, Brazil. Chronic pain was defined as pain present for more than 3 months and pain intensity was measured by the Visual Analogue Scale. 176 women participated in the survey, and of these, two were excluded because they did not fit in the inclusion criteria, 95 women had chronic musculoskeletal pain and 79 did not show any pain; chronic pain was most frequent in the low back (31,3%), followed by the neck (23.5%); Regarding pain intensity, 22.6% were mild pains, 65,2% moderate pains and 12.2% were severe pains; 83.16% reported pain in only one area of the body, 13.68% in two areas, 2.11% in three areas and 1.05% reported pain in four areas of the body.

**INTRODUÇÃO**

Atualmente, a população acima de 60 anos está crescendo mais rápido que todos os outros grupos etários e, paralelo a isso, há um decréscimo relevante do número de natalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de idosos duplicou desde 1980 e os estudos de progressão apontam que em 2050 haverá cerca de dois bilhões de pessoas acima de 60 anos no planeta.<sup>1</sup>

Segundo projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tende a apresentar esta mesma característica populacional, um perfil demográfico envelhecido. Este perfil é decorrente de um aumento da expectativa de vida e uma queda do nível geral de fecundidade, resultando em um aumento absoluto e relativo da população idosa. O aumento da expectativa de vida está relacionado à melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, aos avanços tecnológicos da medicina e a melhora do saneamento básico.<sup>2</sup>

O crescimento do número de indivíduos que chegam à longevidade resulta em uma maior prevalência das doenças crônicas e limitações funcionais próprias do envelhecimento humano, as quais necessitam de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos, aumentando assim a demanda dos serviços de saúde. Desta forma, é fundamental enfatizar a prevenção destas doenças, independente da idade dos indivíduos.<sup>3</sup>



As disfunções musculoesqueléticas estão entre as doenças crônicas mais frequentes no envelhecimento <sup>4,5</sup> e incluem uma gama ampla de patologias que diferem quanto à fisiopatologia, mas estão ligadas anatomicamente por afetarem músculos, ossos, tecidos moles e articulações, bem como por estarem associadas com a dor e a função física diminuída. <sup>6,7,8</sup> Entre elas estão as doenças inflamatórias como artrite reumatoide, gota e demais artrites; disfunções relacionadas ao envelhecimento como osteoporose e osteoartrite; dores com etiologia desconhecida tais como dores na coluna vertebral de origem idiopática e fibromialgia; disfunções relacionadas a atividades e lesões ocupacionais, lesões desportivas e disfunções decorrentes de quedas e traumas. <sup>8</sup>

Quando associadas à dor, estão entre as patologias mais incapacitantes e, apesar de terem baixo nível de mortalidade, são associadas ao declínio da qualidade de vida e aos altos custos em saúde. <sup>9</sup> Os quadros algícos decorrentes das patologias musculoesqueléticas são comuns em idosos <sup>4,5</sup> e estão relacionados a consideráveis limitações psicológicas, funcionais <sup>5,10</sup> e sociais. <sup>10</sup>

Apesar de serem frequentes, há divergência quanto à prevalência e localização das dores musculoesqueléticas em idosos, bem como da intensidade algíca e do número de locais acometidos. <sup>4,11,12,13,14,15</sup> Embora a literatura contenha pesquisas de prevalência e caracterização de dores musculoesqueléticas em idosos, são escassos os estudos realizados em grupos de convivência ou com idosos que façam uma mesma atividade social e de lazer em comum, bem como que analisem a intensidade da dor.

Assim, o presente estudo teve o objetivo de verificar a prevalência de dor musculoesquelética crônica em idosas participantes dos clubes de mães da cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, bem como verificar quais os locais mais acometidos, o número de regiões do corpo afetadas e a intensidade algíca.

## **MÉTODOS:**

Este estudo, de caráter transversal, utilizou parte do banco de dados de uma pesquisa de Mestrado em Gerontologia Biomédica na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), que teve como objetivo investigar a relação da DMEC com sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida através da comparação de idosas com e sem DMEC participantes dos Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram avaliadas 174 idosas. Este projeto de mestrado foi aprovado pela Comissão Científica

da PUCRS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade sob parecer 479.870. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a agosto de 2014.

Para o recrutamento das idosas, inicialmente entrou-se em contato com a presidente da Associação dos Clubes de Mães que autorizou a realização da pesquisa nos clubes da cidade e posteriormente entrou-se em contato telefônico com a responsável por cada grupo para questionar sobre o interesse na realização da pesquisa no clube administrado por ela. Nos clubes que tiveram interesse, foi agendado um dia para a realização da coleta de dados. Foram incluídas na pesquisa mulheres com 60 anos ou mais, com e sem dores musculoesqueléticas crônicas e que aceitaram participar na pesquisa. As mulheres foram separadas em dois grupos: grupo G1 composto por mulheres com dores crônicas (presença de dor há mais de três meses) e grupo G2 composto por mulheres sem dor (ausência de dor há mais de três meses).<sup>16</sup>

**Fatores de exclusão:** foram excluídas da pesquisa mulheres com desempenho cognitivo no Mini-exame do Estado Mental (MEEM) <19 (mulheres sem escolaridade) e <25 (mulheres com escolaridade); com doenças neurodegenerativas e oncológicas; que tenham realizado procedimento cirúrgico nos últimos seis meses e mulheres com ou sem dor musculoesquelética há menos de três meses.

**Instrumentos:** para coleta de dados deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Escala Visual Analógica (EVA): escala utilizada para mensurar a intensidade algica que consiste em uma linha de 10 cm com marcadores descritivos nas duas extremidades (nenhuma dor e pior dor possível). O sujeito deve marcar na linha o local que se enquadra sua dor. Posteriormente o examinador utiliza uma régua para mensurar qual a marcação em centímetros da dor do indivíduo e posteriormente converte em uma escala de 0 a 10, na qual valores  $\leq 3,4$  equivalem a uma dor leve, de 3,5 a 7,4 dor moderada e valores  $\geq 7,5$  equivalem a dor severa.<sup>17</sup>

- MEEM: este questionário permite avaliar de forma breve o funcionamento cognitivo e rastrear idosos com risco de desenvolver quadros demenciais. Tem sido utilizado para detecção de declínio cognitivo, acompanhamento de quadros demenciais e monitoramento da resposta ao tratamento.<sup>18</sup> O ponto de corte para excluir mulheres com declínio cognitivo foi considerado <19 para mulheres sem escolaridade e <25 para mulheres com escolaridade.<sup>19</sup>

- Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB): é um instrumento desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) que busca

diferenciar a população quanto ao nível socioeconômico utilizando o levantamento de características domiciliares. Através do CCEB a população é dividida em classe A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. <sup>20</sup>

– Questionário sociodemográfico: desenvolvido pelos autores para coletar outras informações como idade, escolaridade, estado civil e questões referentes à dor. As perguntas realizadas sobre a DMEC foram as seguintes: “*Você sente dor em alguma região do corpo?*”, “*Há quanto tempo você sente está dor?*” As dores relatadas foram divididas pelas seguintes regiões do corpo: coluna cervical, coluna torácica, coluna lombar, membros superiores e membros inferiores. Foram coletadas todas as queixas relatadas pelos pacientes.

**Procedimentos:** primeiramente foi explicado para as mulheres sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa. As que quiseram participar iniciaram com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma ficou com a participante e a outra com a pesquisadora. Depois do TCLE, foi aplicado o MEEM para excluir mulheres com déficit cognitivo. As idosas que não foram excluídas seguiram respondendo ao questionário sociodemográfico e ao CCEB. As mulheres com DMEC ainda responderam as perguntas referentes à dor e a EVA.

**Análise estatística:** as variáveis qualitativas foram descritas através de frequência absoluta e relativa e as quantitativas através de média e desvio padrão. Para a comparação da idade entre os dois grupos foi utilizado o teste de T Student. Na comparação da escolaridade e do nível sócio econômico foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para comparar o estado civil entre os dois grupos foi utilizado o teste Chi-quadrado. As análises foram realizadas no software SPSS, versão 17. O nível de significância foi considerado 5%.

## **RESULTADOS:**

Participaram da pesquisa 176 idosas, sendo que duas foram excluídas da pesquisa por apresentar déficit cognitivo no MEEM. Das 174 mulheres inclusas na pesquisa, 95 mulheres apresentaram DMEC em um ou mais locais do corpo (54,6%) e 79 não apresentaram dor alguma (45,4%).

A lombalgia foi a queixa mais prevalente entre os sujeitos da pesquisa, sendo relatada por 36 mulheres. A intensidade algica, na EVA, variou de 3 a 9 com média de 5,25. Seguido da região lombar, a região cervical foi a segunda mais acometida com o relato de 27

mulheres. A intensidade álgica da região cervical variou de 1 a 10 na EVA, com média de 5,48.

A terceira região mais acometida foram os membros inferiores com o relato de 26 mulheres. A intensidade álgica da região variou de 2 a 8 com média de 5. As dores nos membros superiores foram apontadas por 21 indivíduos e variaram de 2 a 9 na EVA, tendo como média 4,4. A região menos acometida foi a região da coluna torácica, com 5 casos relatados que variaram na EVA de 3 a 8 com média de 3,3.

Analisando somente a intensidade álgica, independente da região acometida, 22,6% (26 queixas) foram de dores leves, 65,2% (75 queixas) de dores moderadas e 12,2% (14 queixas) de dores severas.

Quanto ao número de regiões acometidas, 83,16% (79 mulheres) relatou dor em apenas uma região, 13,68% (13 mulheres) relatou dor em duas regiões, 2,11% (2 mulheres) relatou em três regiões e 1,05% (1 mulher) relatou queixa em quatro regiões.

Conforme se pode observar na Tabela 1, a idade do G1 variou de 60 a 91 anos e teve como média  $70,01 \pm 7,76$  anos. No G2, a idade variou de 60 a 91 anos e teve como média  $70,34 \pm 8,66$  anos. Não houve diferença significativa da idade entre o grupo G1 e G2 ( $p=0,791$ ).

Em ambos os grupos, a maior incidência foi de mulheres casadas, seguido de mulheres viúvas, não havendo diferença significativa entre os grupos ( $p=0,228$ ). As idosas dos dois grupos também não diferiram estatisticamente em termos de classe social ( $p=0,596$ ) e escolaridade, sendo que nos dois grupos a maior parte das mulheres não completou o ensino fundamental ( $p=0,693$ ).

**Tabela 1:** Comparação dos dados demográficos entre os dois grupos.

Variáveis	Grupo		P
	Grupo G1 (n=95)	Grupo G2 (n=79)	
<b>Idade (anos)</b> Média + desvio padrão	70,01 ± 7,76	70,34 ± 8,66	0,791€
<b>Estado Civil*</b>			
Solteira	7 (7,4)	2 (2,5)	0,228¥
Casada	58 (61,1)	42 (53,2)	
Viúva	27 (28,4)	32 (40,5)	
Divorciada	3 (3,2)	3 (3,8)	
<b>Escolaridade*</b>			
Analfabeta	3 (3,2)	4 (5,1)	0,693£
Fundamental Incompleto	61 (64,2)	48(60,8)	
Fundamental Completo	9 (9,5)	13(16,5)	
Médio Incompleto	3 (3,2)	2 (2,5)	
Médio Completo	6 (6,3)	8 (10,1)	
Superior Completo	13 (13,7)	4 (5,1)	
<b>Classe Social*</b>			
A1	0 (0)	1 (1,3)	0,596£
A2	1 (1,1)	1 (1,3)	
B1	15 (15,8)	11 (13,9)	
B2	26 (27,4)	28 (35,4)	
C1	33 (34,7)	20 (25,3)	
C2	13 (13,7)	14 (17,7)	
D	7 (7,4)	4 (5,1)	
E	0(0)	0(0)	

\* Valores apresentados na forma n(%); €: teste t de Student para grupos independentes; ¥: Teste Chi-quadrado; £: teste de Mann-Whitney

## DISCUSSÃO:

Os resultados dos estudos de prevalência de algias musculoesqueléticas em idosos diferem bastante em seus resultados.<sup>11,12,13,14,15</sup> Neste estudo, a presença de dor musculoesquelética mostrou-se bastante frequente, sendo que 54,6% das idosas apresentavam algias musculoesqueléticas em uma ou mais regiões do corpo há mais de três meses e, em contrapartida, 45,4% não apresentavam dor em nenhum local do corpo nos últimos três meses. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Dellarozza (2007), com idosos (ambos os sexos) residentes de Londrina, onde 51,4% dos idosos entrevistados apresentavam dores crônicas, sendo que nesta pesquisa a dor crônica foi definida como dores há mais de 6 meses. Quando analisadas somente as mulheres do estudo a prevalência subiu para 59% de idosas com dor crônica.<sup>13</sup>

Diferentemente destes resultados, alguns estudos trazem prevalências menores, como por exemplo, no estudo realizado com idosos de ambos os sexos residentes em São Paulo, no qual a prevalência de dor crônica foi de 29,7%<sup>15</sup> e também no estudo realizado com idosos ingleses no qual a prevalência de dor em idosas foi de 35,4%, porém neste estudo não há

menção sobre há quanto tempo a idosa estava com dor e nem sobre qual o local acometido.<sup>12</sup> Em contrapartida, outras pesquisas apresentam resultados com maior incidência, como no estudo realizado com idosos da Turquia, no qual a presença de dor musculoesquelética crônica (presente há 1 ano ou mais) foi observada em 72,1% dos indivíduos. Quando analisadas somente as idosas deste estudo, observa-se uma prevalência ainda maior, com 85,5% das mulheres acometidas.<sup>11</sup>

Dellaroza et al. (2008) analisaram a prevalência de dor crônica em idosas da comunidade, sendo que a dor crônica foi determinada como uma dor presente há mais de seis meses. A prevalência de dor crônica nas idosas deste estudo foi de 69,3%. Os autores justificam a alta prevalência de dor no estudo pelo fato da amostra ter sido obtida a partir de uma seleção de idosos com queixas anteriores de dor.<sup>14</sup>

No presente estudo, a lombalgia foi a queixa musculoesquelética mais prevalente, sendo relatada por 37,9% das mulheres com DMEC. Esses resultados vão ao encontro de outros estudos os quais também encontraram a dor lombar como a queixa mais prevalente na população idosa.<sup>4,15,21</sup> A lombalgia é reconhecida como sendo uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns no envelhecimento, sendo que é mal compreendida e potencialmente incapacitante. As causas de lombalgia são muito amplas, podendo ser dores mecânicas mais simples, dores decorrentes de degeneração lombar, dores lombares com radiculopatia, dores oriundas de fraturas osteoporóticas, de tumores, da síndrome da cauda equina, de distúrbios viscerais entre outras causas. No tratamento das dores lombares é necessária uma avaliação precisa para identificar os fatores físicos e psicossociais que contribuem para a dor e assim buscar pelo tratamento mais adequado para cada indivíduo.<sup>22</sup>

Na presente pesquisa, a dor cervical foi a segunda região mais acometida, seguida dos membros inferiores, superiores e da região torácica. Baseado em outros estudos realizados anteriormente, é possível observar uma variância na incidência de algias nessas regiões.<sup>4,11,13,14,15</sup>

Quanto à intensidade algica, foi possível observar que a maior parte das mulheres apresentavam dores moderadas, seguido de dores leves e dores severas. A escassez de pesquisas que analisem a intensidade algica e as diferentes ferramentas utilizadas para mensurá-la dificultam a comparação dos resultados. No entanto, a intensidade algica é considerada uma das características mais importantes nas pesquisas de dor podendo ser investigada através de diversas ferramentas. Neste estudo optou-se pela EVA, pois ela tem se mostrado mais sensível do que escalas verbais.<sup>17</sup>

Dellaroza e colaboradores (2007) mensuraram a intensidade álgica em idosos através da Escala de Copos, que compara a dor com 6 copos que variam de vazio (sem dor) até cheio (pior dor imaginável). Conforme o copo escolhido, a dor é classificada em leve, moderada e intensa. Os resultados desta pesquisa mostraram que 50,7% dos casos foram de dores leves, 38,4% de dores moderadas e 9,5% de dores intensas.<sup>13</sup> No estudo de Cavlak e colaboradores (2009), 69,5% das idosas apresentaram dores severas, 21,6% dores moderadas e 9% dores leves. Neste estudo também foi utilizada a EVA para mensurar a dor, no entanto utilizaram pontos de corte diferentes e não referenciados pela literatura.<sup>11</sup>

Na presente pesquisa, das mulheres com DMEC, a maior parte, 83,16%, apresentou dor em apenas uma região do corpo e 13,68% apresentou dor em duas regiões. Apenas duas mulheres apresentaram dor em três regiões e uma em quatro. No estudo de Dellaroza (2007), a maior parte dos idosos (ambos os sexos) também apresentou dor crônica em apenas uma região do corpo, sendo que os autores deste estudo dividiram o corpo em mais regiões (dorsal, membros inferiores, cefálica, abdominal, membros superiores, torácica, cervical, pélvica, perineal e genital e generalizada).<sup>13</sup>

A variância da prevalência de algias musculoesqueléticas pode ser decorrente das diferentes populações pesquisadas nos estudos. Acredita-se que a prevalência de DMEC poderia ser maior caso a população escolhida para este estudo fosse de um centro de saúde, por exemplo. No entanto, mesmo as idosas desta pesquisa sendo mulheres que fazem uma atividade social e de lazer em comum, que não apresentam declínio cognitivo e não estão em condições de acamamento ou limitações físicas severas, a dor crônica foi observada em mais da metade das mulheres. E ainda, quando analisada a intensidade álgica, pôde-se perceber que a grande parte das mulheres deste estudo apresentaram dores moderadas ou graves.

No presente estudo, os grupos não diferiram estatisticamente quando à idade, mostrando que, na população estudada, a DMEC estava presente em idosos de diferentes idades. Esses resultados vão ao encontro de outros estudos os quais também não encontraram a idade como fator associado à dor crônica em idosos.<sup>5,13</sup>

Da mesma forma, não se observou relação da dor musculoesquelética crônica com a escolaridade,<sup>13</sup> estado civil<sup>12,13,14</sup> e nível socioeconômico.<sup>13,14</sup> Esses resultados, em concordância com outros estudos, demonstram que o fato de ter ou não DMEC independe destas variáveis sociodemográficas e, sendo assim, por a dor musculoesquelética afetar idosos com diferentes características é importante medidas de saúde pública e prevenção nos diferentes âmbitos populacionais.

Os distúrbios musculoesqueléticos, por não estarem diretamente relacionados com a mortalidade, recebem menos atenção que outras doenças,<sup>8</sup> no entanto, são altamente incapacitantes e frequentes na população idosa, estando entre as doenças crônicas mais comuns no processo de envelhecimento humano.<sup>9,23</sup>

Estudos apontam que a dor crônica compromete diversos aspectos da vida do indivíduo tendo como consequência a redução da qualidade de vida do mesmo.<sup>11,24,25</sup> Entre estes aspectos, está a saúde física, que é fortemente afetada uma vez que a dor crônica pode levar à limitação das atividades do dia a dia e a diminuição da atividade física, fatores estes que contribuem para a perda progressiva da força muscular e flexibilidade agravando as patologias musculoesqueléticas e o quadro algico decorrentes delas.<sup>8,10</sup>

Além da saúde física, estudos têm mostrado a existência de uma forte relação entre a dor crônica e maiores sintomas de ansiedade e depressão na população idosa,<sup>26,27,28,29,30,31</sup> sendo que alguns destes estudos mostram que esta relação ocorre de forma recíproca.<sup>26,29</sup> A DCME também pode afetar diretamente nas relações sociais dos sujeitos acometidos. O fato de ter dor, acrescido de outras possíveis consequências como insônia, fadiga, perda da capacidade física, dificuldade de locomoção e sintomas de ansiedade e depressão pode levar mais facilmente o indivíduo com dor crônica a reduzir suas atividades de lazer e contatos sociais.<sup>8,10</sup>

Juntamente com estudos realizados anteriormente, os resultados desta pesquisa enfatizam a necessidade de programas de saúde pública, nos diferentes grupos populacionais, visando a prevenção e o tratamento das patologias musculoesqueléticas bem como da dor associada a elas. Esta necessidade se dá a fim de proporcionar melhora na saúde física e psicossocial e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos acometidos por estas patologias.

## **CONCLUSÃO:**

Na presente pesquisa, a dor musculoesquelética crônica se mostrou bastante prevalente nas idosas participantes dos Clubes de Mães, sendo que a coluna lombar, coluna cervical e os membros inferiores foram as regiões mais acometidas. A maior parte das mulheres relatou dor em apenas uma região do corpo, sendo que as dores moderadas foram as mais incidentes, seguidas de dores leves e severas. A idade, a escolaridade, o nível socioeconômico e o estado civil não foram fatores determinantes para a presença ou ausência



de dor crônica, mostrando que a DMEC pode estar presente em idosos com diferentes características sociodemográficas.

## REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization. Good health adds life to years: global brief for World Health Day 2012. Genebra: 2012. 28p.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050: revisão 2008. Rio de Janeiro: 2008. 93p.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009 junho; 43(3):548-554.
4. Baek S, Lim, JY, Lim, J, Park, JH, Lee, JJ, Lee, SB, Kim, KW, Paik, N. Prevalence of musculoskeletal pain in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Arch Gerontol Geriatr.* 2010 dez; 51(3):46-51.
5. Woo J, Leung J, Lau E. Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health.* 2009 ago; 123(8):549-56.
6. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Prac Res Clin Rheumatol.* 2011 abril; 25(2):173-83.
7. Parsons S, Symmons DPM. The burden of musculoskeletal conditions. *Medicine.* 2010 março; 38(3):126-8.
8. Woolf AD, Vos T, March L. How to measure the impact of musculoskeletal conditions. *Best Prac Res Clin Rheumatol.* 2010 dez; 24(6):723-32.
9. Bove SE, Flatters SJL, Inglis JJ, Mantyh, PW. New advances in musculoskeletal pain. *Brain Res Rev.* 2009 abril; 60(1):187-201.
10. Tüzün EH. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Prac Res Clin Rheumatol.* 2007 jun; 21(3):567-79.
11. Cavlak U, Yagci N, Aslan UB, Ekici G. A new tool measuring health-related quality of life (HRQOL): The effects of musculoskeletal pain in a group of older Turkish people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 out; 49(2): 298-303.
12. Chou K. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *Journal of Affective Disorders.* 2007 jan: 102:115-23.
13. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública.* 2007 maio; 23(5): 1151-60.
14. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, Pacola L. Caracterização da Dor Crônica e Métodos Analgésicos Utilizados por Idosos da Comunidade. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(1)36-41.
15. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública.* 2013 fev; 29(2):325-34.
16. Walsh NE, Brooks P, Hazes JM, Walsh RM, Dreinhofer K, Woolf AD, Akesson K, Lidgren L. Standards of Care for Acute and Chronic Musculoskeletal Pain: The Bone and Joint Decade (2000-2010). *Arch Phys Med and Rehabil;* 89(9): 1830-45.
17. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Balk GA, Stewart RE. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain.* 2014 set; 155(12):2545-50.
18. Folstein M, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research.* 1975 nov; 12(3):189-98.

19. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*. 2006 ago; 40(4):712-9.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: 2013. 5p.
21. Celick KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2009 jun; 12(13):345-59
22. Jones, LD, Pandit H, Lavy C. Back pain in the elderly: a review. *Maturitas*. 2014 ago; 78(4): 258-62.
23. Mody GM, Brooks PM. Improving musculoskeletal health: Global issues. *Best Prac Res Clin Rheumatol*. 2012 abr; 26(2):237-9.
24. Falsarella GR, Coimbra IB, Neri AL, Barceki CC, Costallat LTL, Carvalho OMF, Coimbra AMV. Impacto f rheumatic diseases and chronic joint symptoms on quality of life in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 abr-mar; 54(2):77-82.
25. Wranger LS, Rennemark M, Berglund J, Elmstahl S. Relationship Between Pain and Quality of Life: Findings from the Swedish National study on Aging and Care. *Scandinavian Journal of Pain*. 2014 out; 5(4):270-5.
26. Arola H, Nicholls E, Mallen C, Thomas E. Self-reported pain interference and symptoms od anxiety and depression in community-dwelling older adults: Can a temporal relationship be determined? *European Journal of Pain*. 2010 out; 14(9):966-71.
27. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz, IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain*. 1995; 61:271-6.
28. Talvari A, Nemati N, Sini ZK, Golsefidi FN, Varkiani ME. The Association of Neck Pain with Depression and Anxiety Symptoms in Elderly. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013; 82:366-8
29. Kroenke K, Wu J, Bair M, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal Relationship Between Pain and Depression: 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *The Journal of Pain*. 2011 set; 12(9):964-73.
30. Hanssen DJ, Naarding P, Collard RM, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Physical, lifestyle, psychological, and social determinants of pain intensity, pain disability, and number of pain locations in depressed older adults. *Pain*. 2014 out; 155(10):2088-96.
31. Bonnewyn A, Katna C, Bruffaerts R, Haro JM, de Graaf R, Alonso J, Demyttenaere K. Pain and depression in older people: comorbidity and patterns of help seeking. *J Affect Disord*. 2009 out; 177(3):193-6.

## ANEXO A - Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 26 de agosto de 2013.

Senhor Pesquisador: MIRNA PORTUGUEZ,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa **“AUTONOMIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS COM E SEM DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA”**.

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

Profa. Carla Helena Schwanke  
Coordenadora da CC/IGG

## ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Autonomia funcional e qualidade de vida em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica.

**Pesquisador:** Mirna Wetters Portugal

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 21750813.8.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 479.870

**Data da Relatoria:** 28/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Estudo observacional transversal com o objetivo de investigar a autonomia funcional, os sintomas ansiosos e depressivos e a qualidade de vida em idosas com e sem dores musculoesqueléticas.

O crescimento do número de indivíduos que chegam à longevidade resulta em uma maior prevalência das doenças crônicas e limitações funcionais próprias do envelhecimento humano. As patologias musculoesqueléticas estão entre as doenças crônicas mais frequentes sendo caracterizadas principalmente por dor e diminuição de função. Quando associadas com a dor, são as patologias mais incapacitantes e, apesar de terem baixo nível de mortalidade, estão altamente relacionadas com o declínio da qualidade de vida e com altos custos em saúde. Os quadros algícos decorrentes destas patologias são comuns em idosos, e estão relacionados a consideráveis limitações psicológicas, funcionais e sociais. Foram realizados diversos estudos que buscam uma relação do estado emocional, da qualidade de vida e da autonomia funcional com a dor musculoesquelética em idosos. No entanto, há carência de pesquisas que analisem

Endereço: Av. Itália, 6601

Bairro:

CEP: 91.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51) 3320-3348

Fax: (51) 3320-3348

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Protocolo: 479.870

essas variáveis ao mesmo tempo e, além disso, que comparem indivíduos com e sem dores musculoesqueléticas crônicas. E também de pesquisas que analisem a influência da intensidade algica nessas variáveis. Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar a autonomia funcional, os sintomas depressivos e ansiosos e a qualidade de vida em idosas com e sem dores musculoesqueléticas crônicas e verificar a influência da intensidade algica nessas variáveis. Os locais escolhidos para realizar a pesquisa foram os Clubes de Mães da cidade de Caxias do Sul/RS a fim de selecionar idosas que façam uma atividade social e de lazer em comum.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar a autonomia funcional, os sintomas ansiosos e depressivos e a qualidade de vida em idosas com e sem dores musculoesqueléticas crônicas.

**Objetivo Secundário:**

Em idosas participantes dos Clubes de Mães de Caxias do Sul/RS, Avaliar a autonomia funcional, os níveis de ansiedade e depressão e a qualidade de vida em idosas com dores musculoesqueléticas crônicas e comparar essas variáveis com o grupo controle.

Identificar as características demográficas (idade, escolaridade e nível sócio-econômico) e verificar a associação existente com a autonomia funcional, os níveis de ansiedade e depressão e a qualidade de vida. Relacionar a intensidade algica com a autonomia funcional, a qualidade de vida e os níveis de ansiedade e depressão.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A versão atual do projeto e do termo de consentimento apresenta uma avaliação adequada dos riscos e dos benefícios da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A versão atual do projeto apresenta todos os critérios para a aprovação do CEP

Endereço: Av. Ipiranga, 6691

Bairro:

CEP: 91.019-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51) 3320-3348

Fax: (51) 3320-3348

E-mail: cep@pu.rs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 479.870

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

A versão atual do projeto apresenta todos os critérios para a aprovação do CEP

**Recomendações:**

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

Aprovar

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 05 de Dezembro de 2013


---

Assinado por:  
caio coelho marques  
(Coordenador)

Endereço: Av. Itália, 6681  
Bairro: CEP: 91.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51) 3320-3348 Fax: (51) 3320-3348 E-mail: cep@pucs.br

## ANEXO C – Mini Exame do Estado Mental

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

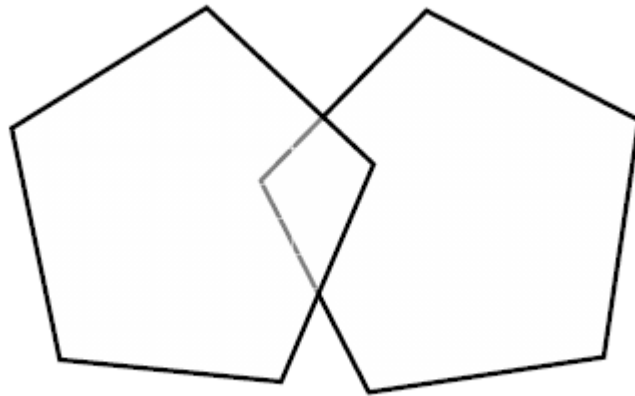
<b>ORIENTAÇÃO</b>		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) ( <b>rua ou local<sup>a</sup></b> ) (andar).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>REGISTRO</b>		
* Dizer três palavras: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

<sup>a</sup> **Rua** é usado para visitas domiciliares.  
**Local** para consultas no Hospital ou outra instituição!

<sup>1</sup> **Alternativo** é usado quando o entrevistado erra **JÁ** na primeira tentativa, **OU** acerta na primeira e erra na segunda. **SEMPRE** que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. **Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos** – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente à da apresentação!



**FECHE OS OLHOS**



### ANEXO D - Critério de Classificação Econômica Brasil

POSSE DE ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de Lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA					
Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual				Pontos
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamenta 1 incompleto				
Primário completo/ Ginásio incompleto	Fundamenta 1 completo/Fundamental 2 incompleto				
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 completo / Médio incompleto				
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ Superior incompleto				
Superior completo	Superior completo				

Classe Econômica: \_\_\_\_\_

## ANEXO E - Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p><b>7. Auto-estima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Auto-crítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p><b>11. Agitação</b></p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p><b>12. Perda de interesse</b></p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	---

Subtotal da página I

<p><b>13. Indecisão</b></p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p> <p><b>14. Desvalorização</b></p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p><b>15. Falta de energia</b></p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p><b>16. Alterações no padrão de sono</b></p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17. Irritabilidade</b></p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	<p><b>18. Alterações de apetite</b></p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p><b>19. Dificuldade de concentração</b></p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p><b>20. Cansaço ou fadiga</b></p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p><b>21. Perda de interesse por sexo</b></p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total

## ANEXO F - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

## ANEXO G - WHOQOL-bref

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

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

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
3	Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita da vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida te sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

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

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOM	BOM	MUITO BOM
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTEMENTE	SEMPRE
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_