

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

RAYNARA BARBOSA DE ARAÚJO

**DOR CRÔNICA E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSERIDAS EM
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

JOÃO PESSOA
2024

RAYNARA BARBOSA DE ARAÚJO

**DOR CRÔNICA E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSERIDAS EM
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,
apresentado à Coordenação do Curso de Graduação
em Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Emanuelle Malzac
Freire de Santana

JOÃO PESSOA
2024

A691d

Araújo, Raynara Barbosa de

Dor crônica e funcionalidade em pessoas idosas inseridas em extensão universitária / Raynara Barbosa de Araújo. – João Pessoa, 2024.

28f.; il.

Orientadora: Profª. Drª. Emanuelle Malzac Freire de Santana.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Nova Esperança – FACENE.

DOR CRÔNICA E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSERIDAS EM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado pela aluna **RAYNARA BARBOSA DE ARAÚJO** do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Emanuelle Malzac Freire de Santana

Profª Drª Emanuelle Malzac Freire de Santana – Orientadora
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

Laura de Sousa Gomes Veloso

Profª Drª Laura de Sousa Gomes Veloso – Membro
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

Vanessa da Nóbrega Dias

Profª Drª Vanessa da Nóbrega Dias – Membro
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por toda minha trajetória e por ter conseguido chegar até aqui diante de tantas batalhas, posso dizer que finalmente consegui concluir o meu sonho, mas o meu sonho não seria capaz de realizar sem a ajuda de pessoas essenciais em minha vida, minha avó que mesmo “recheada” de tantos problemas de saúde como ela fala fez o possível juntamente com meu avô/pai e minha mãe para sempre me dar uma educação na qual eu tivesse uma empatia gigantesca pelo próximo e foi através de fatores como esses que eu me apaixonei pela Fisioterapia. Agradeço a vocês por sempre me incentivarem a “crescer” nos meus estudos, obrigada por sempre terem acreditado no meu potencial, nas minhas escolhas e sempre se esforçando junto comigo para que eu suprisse todas elas, não menos importante, obrigada por toda paciência no meio desse processo todo, eu amo vocês.

Agradeço também a minha orientadora Dra. Emanuelle Malzac, pois sem a ajuda dela nesse processo, esse trabalho não teria sido concluído, meu muito obrigada por toda paciência, colaboração, dedicação e amizade. Não poderia deixar de agradecer a minha banca: Dra. Laura Veloso, vulgo a pessoa responsável por me fazer amar a gerontologia de uma forma gigantesca; e a Dra. Vanessa Dias por mostrar em pequenas atitudes e falas, que o melhor a se fazer no processo é viver um dia de cada vez, assim como minha orientadora, vocês também foram responsáveis por fazerem esse trabalho dar certo, com todas as suas colaborações. Não poderia deixar de agradecer a Professora Dra. Rafaela Faustino, que teve uma colaboração especial nesse trabalho, meu muito obrigada pelas aulas e dicas de como deixar o trabalho ainda melhor.

Não menos importante, gostaria de agradecer aos meus colegas de turma por terem dividido o peso desse processo comigo, torço pelo sucesso de cada um de vocês, muito obrigada por todo apoio durante esses 4 anos, vocês também foram peças fundamentais em minha vida, obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando eu desmoronei e quis desistir de tudo por n problemas, e que bom que deu tudo certo, tenho um carinho especial por vocês.

Agradeço também a todos os docentes que me acompanharam ao longo do curso e que compartilharam tudo que puderam com empenho, nessa arte tão linda do ensinar.

Agradeço a coordenadora do curso, por me acompanhar e sempre estar nos bastidores pensando em estratégias para melhora de formações de alunos da área mais linda da saúde.

Por fim, gostaria de agradecer a pessoas que chegaram esse ano em minha vida, Mirray, meu namorado por me incentivar a correr atrás dos meus sonhos, por sempre me compreender e por me dar todo o apoio durante essa parte final desse processo, e meus amigos Rayane e Marcel pela compreensão e por apoiar meus sonhos, Amo vocês.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dor crônica é uma das principais causas de incapacidade na população idosa, pois pode gerar diminuição da independência e autonomia, dificultar a interação social e comprometer as atividades básicas e instrumentais de vida diária, isto é, a funcionalidade. **OBJETIVO:** Investigar se as características da dor são crônica fatores preditivos de dependência funcional para pessoas idosas. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo observacional, transversal e descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia das Faculdades Nova Esperança com participantes do projeto AquAtividade. Foram adotados os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, com queixas dolorosas e persistentes há mais de três meses e com boa compreensão aos comandos verbais. Foram excluídos aqueles com frequência inferior a 75% no projeto. Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento semiestruturado composto por dados sociodemográficos, caracterização da dor crônica e da funcionalidade através dos testes: Time Up and Go, Marcha Estacionária de 2 minutos e Sentar e Levantar de 5 repetições, além das escalas de Katz e Lawton e Brody. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva e inferencial com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 21 indivíduos, onde 90,4% eram do sexo feminino, com média de idade de $71 \pm 7,82$ anos e estado civil casado (66,6%). Na caracterização da dor crônica, houve prevalência da localização nos membros inferiores (66,7%), sem irradiação (76,2%), sem horário fixo (57,2%) e com intensidade moderada (57,1%). Ao analisar o valor preditivo das variáveis relacionadas a dor sobre medidas de funcionalidade, não foi possível observar diferença significativa entre o modelo da regressão linear e o modelo nulo. **CONCLUSÃO:** As características da dor crônica localização, irradiação, horário e intensidade não foram capazes de prever dependência funcional de pessoas idosas inseridas no projeto AquAtividade.

Descritores: Dor Crônica; Capacidade Funcional; Idoso; Fisioterapia Aquática.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic pain is one of the leading causes of disability among the elderly population, as it can lead to a decrease in independence and autonomy, hinder social interaction, and compromise basic and instrumental activities of daily living, that is, functionality. **OBJECTIVE:** To investigate whether the characteristics of chronic pain are predictive factors of functional dependence in elderly people. **METHODOLOGY:** This is an observational, cross-sectional, and descriptive study with a quantitative approach, conducted at the Physiotherapy School Clinic of Nova Esperança College with participants from the AquAtividade project. Inclusion criteria were: age 60 years or older, with persistent pain complaints for more than three months, and good comprehension of verbal commands. Those with a frequency lower than 75% in the project were excluded. A semi-structured instrument was used for data collection, which included sociodemographic data, characterization of chronic pain and functionality through the following tests: Timed Up and Go, 2-minute Walk Test, and 5-repetition Sit-to-Stand Test, in addition to the Katz and Lawton & Brody scales. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics with a significance level of 5% ($p < 0.05$). **RESULTS:** The sample consisted of 21 individuals, 90.4% were female, with a mean age of 71 ± 7.82 years and married marital status (66.6%). When characterizing chronic pain, there was a prevalence of localization in the lower limbs (66.7%), without irradiation (76.2%), without a fixed time (57.2%) and with moderate intensity (57.1%). When analyzing the predictive value of pain-related variables on functionality measures, it was not possible to observe a significant difference between the linear regression model and the null model. **CONCLUSION:** The characteristics of chronic pain location, irradiation, time and intensity were not able to predict functional dependence in elderly people included in the AquAtividade project.

Keywords: Chronic Pain; Functional Capacity; Elderly; Aquatic Physiotherapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 METODOLOGIA.....	11
3 RESULTADOS.....	13
4 DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	20
ANEXO A – Escala de Katz.....	23
ANEXO B - Escala de Lawton e Brody.....	24
ANEXO C— Mini Exame do Estado Mental.....	25
ANEXO D- Escala de Depressão Geriátrica.....	26

1 INTRODUÇÃO

A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), define dor como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”¹.

De acordo com a temporalidade, a dor pode ser classificada de duas formas: aguda, que surge com a função de alertar o indivíduo para o agravamento de uma lesão recente, ou crônica, que pode persistir após três meses além do tempo habitual de cura de uma lesão, ou que está associada à processos patológicos crônicos².

De origem multifatorial, estimativas da apontam que a dor crônica (DC) está presente em torno de 10,1 a 55,5% na população mundial, com uma média de 35,5%, configurando-a como um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, posto que gera um elevado custo aos cofres públicos e impacta na qualidade de vida e produtividade da população³.

Diante deste cenário, a DC foi incluída como doença na Classificação Internacional de Doenças 11 (CID-11), sendo classificada como primária, quando não pode ser atribuída à fator causal que justifique sua ocorrência, ou secundária, quando está ligada à outras doenças de origem visceral, neuropática, musculoesquelética, cancerígena, pós-cirúrgica/pós-traumática ou cefaleia/orofacial⁴.

Dentre os principais sintomas da DC está a presença de fadiga, insônia, queimação, dor articular e muscular, irritabilidade, ansiedade, depressão, dentre outros, que pode acarretar repercussões negativas na qualidade de vida dos indivíduos, principalmente das pessoas idosas⁵.

Considerada uma das principais causas de incapacidade nessa população, a DC pode gerar no indivíduo uma diminuição da independência e autonomia, dificultando a interação social e comprometendo a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, isto é, a sua funcionalidade. Esse comprometimento está associado à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, aumento do risco de quedas, morte e alterações na mobilidade⁶.

Tendo em vista a sua natureza multifacetada, a depender do caso, o tratamento da DC requer a adoção de diferentes abordagens multidisciplinares. Dentre estas, destaca-se a assistência fisioterapêutica, que a partir da realização de exercícios terapêuticos é capaz de ampliar a força, a flexibilidade e a resistência muscular, além de aperfeiçoar a estabilidade e a coordenação dos indivíduos⁷.

É necessário frisar que durante o transcurso da existência, ocorrem transformações no ciclo de vida de cada indivíduo, abrangendo aspectos psicológicos, sociais e biológicos. Para as pessoas idosas, essas mudanças muitas vezes acarretam impactos negativos consideráveis, tanto na autoaceitação quanto na integração com a sociedade circundante. Sendo assim, quando o envelhecimento ocorre de maneira concomitante à redução da realização de exercícios físicos podem ser gerados impactos negativos na vida da pessoa idosa, posto que acelera a fragilidade e exacerba os problemas crônicos, incluindo a demência⁸⁻⁹.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹⁰, a prática de exercícios físicos proporciona a esses indivíduos diversos benefícios, como: o decréscimo dos índices de mortalidade por doenças crônicas, alívio de sintomas psicoemocionais, além da prevenção de quedas e lesões associadas à perda da capacidade funcional (CF). A CF é reconhecida como um dos indicadores do envelhecimento bem-sucedido. Refere-se à habilidade de executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, representando uma interligação entre a saúde física, mental e independência social¹¹.

As habilidades funcionais dos indivíduos são construídas ao longo da vida e diminuem com o envelhecimento, podendo ser afetadas por condições médicas, acidentes ou fatores sociais. Em alguns casos, isso pode levar à perda da capacidade de realizar tarefas diárias de forma independente¹². A funcionalidade de um indivíduo pode ser comprometida devido a um desequilíbrio entre a saúde e as funções vitais. Portanto, é essencial estabelecer a realização de avaliações periódicas para assegurar os cuidados adequados às pessoas idosas.

Levando-se em consideração a prevalência da DC na população em geral, suas repercussões negativas na funcionalidade dos indivíduos e que a assistência fisioterapêutica desempenha um papel importante no cuidado dos pacientes idosos, torna-se relevante compreender como a DC pode impactar na funcionalidade dessa população para que medidas preventivas e terapêuticas possam ser planejadas e direcionadas pelos profissionais de saúde para acolher o paciente com DC a partir de uma abordagem multidimensional.

Nessa direção, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Em que medida as características da dor crônica predizem a dependência funcional em pessoas idosas?

Diante do exposto o objetivo desse estudo foi investigar se características da dor crônica são preditivas de dependência funcional em pessoas idosas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, caráter analítico e abordagem quantitativa desenvolvido nos meses de agosto e setembro de 2024 na Clínica Escola de Fisioterapia das Faculdades Nova Esperança, localizada no Centro de Saúde Nova Esperança - Unidade 2, Avenida Frei Galvão, nº 12, Gramame, João Pessoa, Paraíba.

Para seleção da amostra, foram recrutados os participantes do projeto de extensão universitária “Fisioterapia Aquática para adultos e idosos com dor crônica” (Projeto AquAtividade) a partir dos seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais, com queixas dolorosas e persistentes por mais de três meses e ter boa compreensão de comandos verbais, totalizando 25 participantes. Foram excluídos aqueles que obtiveram frequência inferior a 75% nas atividades do projeto (n=4), o que resultou em uma amostra de 21 pessoas idosas.

Para coleta de dados, foi utilizado instrumento semiestruturado (Apêndice A) composto por itens relacionados aos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil e local de nascimento) e caracterização da dor crônica (localização, irradiação, horário e intensidade).

A caracterização da funcionalidade se deu através da aplicação do Teste Time Up and Go (TUG) em suas três variações, que visou avaliar a mobilidade funcional em atividades diárias, como levantar-se, caminhar e sentar-se. O TUG simples foi realizado em um percurso de três metros, onde, ao sinal do terapeuta, o indivíduo levantava-se da cadeira, caminhava até o ponto marcado e voltava para a cadeira para se sentar o mais rápido possível, sem correr. O tempo gasto durante este percurso foi quantificado. O TUG cognitivo funcionou da mesma maneira, porém ao sinal do terapeuta o indivíduo levantou-se da cadeira, caminhou até o ponto marcado falando 4 palavras, visando avaliar a memória e a velocidade de como o indivíduo processa determinadas palavras, velocidade da marcha, assim como a função executiva e atividades simultâneas; e o TUG motor também foi realizado da mesma maneira, carregando uma bandeja com um copo contendo água em até 50% de sua capacidade para avaliar a coordenação motora ao executar a tarefa¹³⁻¹⁴.

Foram aplicados também: o Teste de Sentar e Levantar de 5 repetições, no qual solicitou-se ao paciente sentar e levantar rapidamente cinco vezes consecutivas. Esse teste permitiu avaliar o equilíbrio, o risco de quedas, a força dos membros inferiores, a capacidade de exercício, entre outros aspectos¹⁵; e o Teste de Marcha Estacionária de 2 minutos que quantificou o número de elevações de um dos membros inferiores, sendo ele o dominante

durante um período de dois minutos com o objetivo de verificar a resistência aeróbica, através de contador, cronômetro, fita métrica ou corda e fita adesiva¹⁶⁻¹⁷.

Ainda foram aplicadas escalas internacionalmente reconhecidas, como Índice de Katz (Anexo A) e de Lawton & Brody (Anexo B) para avaliação da capacidade funcional. A escala de Katz que visou avaliar o nível de independência do indivíduo para à realização das atividades básicas de vida diária, a saber: tomar banho, se vestir, utilizar o banheiro, se alimentar, controlar os esfíncteres e realizar transferências, pontuando 1 quando a atividade é realizada sem supervisão, orientação ou assistência pessoal e 0 quando necessita de ajuda. A pontuação da escala varia de 6 a 0, sendo o indivíduo classificado como independente (até 6 pontos), com dependência moderada (até 4 pontos) e muito dependente (até 2 pontos ou menos)¹⁸.

Já a escala de Lawton e Brody, avaliou a capacidade da realização das atividades instrumentais de vida diária, como: telefonar, viajar, fazer compras, preparar alimentos, realizar trabalho doméstico, utilizar medicamentos e manusear dinheiro. Em cada atividade, o indivíduo recebia uma pontuação que variava de 1 a 3, de acordo com o nível de independência (1 – não realizava a atividade, 2 – realizava a atividade com assistência, ou 3 – realizava a atividade sem assistência). A classificação era feita como independente (com até 21 pontos), dependente parcial (com entre 6 e 21 pontos) ou dependente total (com até 5 pontos)¹⁹.

Também foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (Anexo C), que buscava avaliar a função cognitiva do indivíduo, com resultados categorizados como ≥ 25 (normal); 21-24 (leve); 10-20 (moderada) e perda cognitiva grave com pontuações ≤ 9 . A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (Anexo D) também foi utilizada para rastrear a depressão em pessoas idosas, com um ponto de corte > 5 indicando a presença desses sintomas²⁰⁻²¹.

A coleta de dados teve início após a aprovação do CEP e foi dividida em dois momentos: inicialmente, as pessoas idosas foram convidadas para participar do estudo, sendo explicados os objetivos e a importância da participação. Na segunda etapa, o instrumento de coleta de dados foi preenchido em um ambiente reservado, sem a presença de outras pessoas, depois que os participantes foram informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados quantitativos foram codificados para tabulação no aplicativo Microsoft Excel e, em seguida, exportados para o Software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 21.0 para análise por meio de técnicas de estatística descritiva (média e desvio padrão) e inferencial.

Para análise inferencial, foram considerados as variáveis independentes (fatores fixos): intensidade da dor, local da dor, irradiação da dor e horário da dor. Foram utilizadas ainda as variáveis dependentes: tempo para os testes TUG simples, tempo no TUG motor, tempo no TUG cognitivo; número de passos do teste de marcha estacionária, número de repetições do teste de sentar e levantar e escore nas escalas Índice de Katz, Índice de Lawton e Brody.

A análise investigou se as características da dor são preditivas de funcionalidade em pessoas idosas. Para tanto, foi realizado uma regressão linear múltipla para cada variável dependente considerando os fatores fixos (preditores). Os modelos de regressão linear que se diferenciaram do modelo nulo com nível de significância inferior a 0,05 foram considerados significativos para definição de preditores de funcionalidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, sob o parecer nº 6.901.111 e CAAE nº 80739224.8.0000.5179. É importante destacar que, durante o processo investigativo, foram seguidas todas as orientações éticas estabelecidas pelas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos, conforme as resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, além do Código de Ética dos Profissionais de Fisioterapia, Resolução nº 424/2013. Também foi respeitada a Lei nº 10.743/2003, que garante os direitos das pessoas idosas.

3 RESULTADOS

A amostra foi composta predominantemente por pessoas idosas com média de idade de $71 \pm 7,82$ anos, do sexo feminino (90,4%) e estado civil casado (66,6%). No que tange a caracterização da dor crônica, houve prevalência de dor localizada nos membros inferiores (66,7%), sem irradiação (76,2%), sem horário fixo (57,2%) e com intensidade moderada (57,1%), conforme pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da dor crônica de pessoas idosas do projeto Aquatividade (n=21).

Características da dor crônica	N	%
Localização		
Membros superiores	3	14,3%
Membros inferiores	14	66,7%
Tronco	4	19%
Irradiação		
Nega	16	76,2%
Membro superior	2	9,5%
Membro inferior	3	14,3%
Horário		
Matutino	4	19%

Vespertino	0	0%
Noturno	5	23,8%
Sem horário fixo	12	57,2%
Intensidade		
Leve	6	28,5%
Moderada	12	57,2%
Intensa	3	14,3%

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Na caracterização da funcionalidade, os participantes obtiveram tempo médio de $13,8 \pm 3,5$ segundos no teste TUG simples, $14,8 \pm 4,6$ segundos no teste TUG motor e $14,5 \pm 3,9$ segundos no teste TUG cognitivo, o que representa mobilidade funcional e risco moderado de quedas, isto é, a pessoa pode realizar as atividades diárias de forma independente, mas com algum risco.

Já no teste de marcha estacionária obteve-se média de $60,7 \pm 27,1$ elevações, indicando uma capacidade funcional satisfatória. O teste de sentar e levantar de 5 repetições alcançou tempo médio de $17 \pm 5,5$ segundos, o que pode indicar dificuldades na execução do movimento e impactar no equilíbrio e na coordenação motora.

Sobre o índice de Katz, 95,2% da amostra atingiu pontuação 6, o que quer dizer que a maioria é independente para a realização das atividades básicas de vida diária. No Índice de Lawton e Brody, que avalia as atividades instrumentais de vida diária, 66,6% apresentaram dependência moderada.

Ao analisar o valor preditivo das variáveis relacionadas a dor sobre medidas de funcionalidade de pessoas idosas, não foi possível observar diferença significativa entre o modelo da regressão linear e o modelo nulo, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2. Estatísticas da análise de regressão linear múltipla referentes a predição de características da dor (intensidade, local da dor, irradiação e horário) sobre cada medida de funcionalidade (=n 21).

Medidas de funcionalidade	F	R ² ajustado	Erro Padrão Residual	P-valor
Teste TUG simples	1,060	0,03	107,24	0,47
Teste TUG motor	0,85	0,09	214,70	0,60
Teste TUG cognitivo	0,86	0,08	150,67	0,60
Teste de marcha estacionária	1,58	0,24	4999,0	0,25
Teste de sentar e levantar	1,15	0,07	259,4	0,42
Índice de Katz	0,12	-0,92	0,82	0,99
Índice de Lawton e Brody	0,78	-0,14	0,77	0,66

Legenda: TUG = time up and go

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Ao observar o coeficiente B, que indica o quanto a variável preditora impacta na variável de resultado, para todos os níveis de cada característica da dor foi possível observar que o horário noturno apresentou uma tendência a significância estatística para prever o número de elevações na marcha estacionária quando comparada a ocorrência de dor sem horário definido ($t = 1,96$; $p = 0,082$). A dor noturna apresenta um coeficiente B de 27,7, o que sugere que a pessoa idosa que sente dor à noite consegue realizar 27 elevações a mais durante o teste citado quando comparado à pessoa idosa que não possui horário fixo para sentir dor.

4 DISCUSSÃO

Em decorrência do envelhecimento da população mundial, a prevalência de dor crônica tem aumentado de forma alarmante. Corroborando os achados deste estudo, pesquisa conduzida por Lini et al.²² com 416 pessoas idosas indicou que a maior parte dos casos de dor crônica (64,8%) ocorreu em mulheres, fato que pode estar relacionado a estas possuírem uma maior percepção e menor limiar de dor quando comparadas com homens.

Além disso, mais de 80% das dores eram restritas aos membros inferiores, o que pode criar um impeditivo para a prática de exercícios físicos e prejudicar a mobilidade. Em uma pesquisa realizada com 451 idosos, foi encontrada uma prevalência superior a 20% de dores localizadas em membros inferiores, o que pode se tornar uma barreira para a prática de exercícios físicos, dificultando a movimentação e impactando na qualidade de vida¹³.

Para facilitar essa execução, o ambiente aquático propicia redução do impacto nas articulações, permitindo maior mobilidade articular, resistência e controle muscular, além de auxiliar a aliviar a dor e o espasmo muscular, induzir ao relaxamento e acelerar a recuperação funcional dos pacientes²⁴, o que consolida a fisioterapia aquática como uma das intervenções mais eficazes para o tratamento da dor crônica.

Vários estudos, como os conduzidos por Souza et al.²⁵, Rocha et al.²⁶ e Abreu et al.²⁷, evidenciam também os benefícios da fisioterapia aquática para pessoas idosas que enfrentam desafios como perda de equilíbrio, dor intensa, dificuldades na marcha e redução da capacidade funcional, destacando que a realização de exercícios no ambiente aquático contribui para aprimorar o equilíbrio, resultando em melhorias na marcha desses indivíduos, e, consequentemente, na execução de atividades diárias.

Em se tratando das atividades de vida diárias, assim como neste estudo, Pinto et al.²⁸ constatou que a maioria dos idosos avaliados não necessita de ajuda para nenhuma das seis

atividades básicas de vida diária avaliadas pelo Índice de Katz. Todavia, ao avaliar as atividades instrumentais, o estudo também constatou grau de dependência moderada dos participantes, o que pode se justificar pelo fato destas exigirem que o indivíduo tenha um maior desenvolvimento da capacidade cognitiva, bem como maior desenvoltura nas relações sociais e na capacidade em lidar com adversidades.

No que se refere ao Teste de Sentar e Levantar com 5 repetições, os valores evidenciados neste estudo estiveram semelhantes ao de estudo conduzido por Borba et al.²⁹ com 308 idosos comunitários, sendo observado que entre as mulheres, o tempo médio foi de 14,88 segundos para aquelas de 60 a 69 anos, 14,93 segundos para as de 70 a 79 anos e 19,67 segundos para as com 80 anos ou mais. Já os homens apresentaram tempos médios de 12,56 segundos para a faixa etária de 60 a 69 anos, 15,47 segundos para os de 70 a 79 anos e 15,10 segundos para os com 80 anos ou mais, configurando o teste como uma ferramenta prática para auxiliar no planejamento de programas de reabilitação e na prevenção de quedas.

Levando-se em consideração que as quedas constituem o principal problema de cuidado à saúde da população idosa e que avaliar o risco de cair é fundamental para promover segurança, qualidade de vida e independência dessa população, os valores evidenciados no teste time up and go neste estudo também foram observados em Bretan et al.³⁰, destacando que indivíduos com este desempenho apresentam ou têm esporádicas ou poucas restrições de movimento para atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Neste estudo, o esperado era que as características da dor, de alguma forma, fossem preditivas de funcionalidade em pessoas idosas com DC. No entanto, 50% da amostra relatou intensidade da dor inferior a 5. Talvez um estudo com uma amostra maior ou com uma amostra que apresente maior intensidade da dor, esses mesmos fatores preditivos investigados apresentem uma forte relação de predição com medidas de funcionalidade.

A literatura aponta que a DC pode ocasionar comprometimento da qualidade do sono, do humor, da atividade, do apetite e da energia do indivíduo, o que pode levar ao desenvolvimento de incapacidade física e funcional, elevar o grau de dependência de terceiros e provocar afastamento social e laboral, além de alterações no âmbito sexual e modificações econômicas e familiares. Esses fatores acabam prejudicando a manutenção da própria autonomia, fato que pode resultar em isolamento e depressão. Além da dor física, as pessoas são forçadas a conviver com as suas incapacidades e dependências, o que não é uma tarefa fácil e pode refletir de maneira negativa na qualidade de vida³¹⁻³².

Ao investigar o impacto da DC na funcionalidade e qualidade de vida de idosos, Lemos et al.³³ inferiu que a DC teve influência negativa na QV da população idosa e foi capaz de afetar a funcionalidade e a autonomia dos indivíduos avaliados, destacando que houve transformação nas condições sociais, psicológicas e físicas dos idosos com o passar da idade, prejudicando, assim, o seu bem-estar e a necessidade do desenvolvimento de estratégias preventivas.

5 CONCLUSÃO

As características da dor crônica, isto é, localização, irradiação, horário e intensidade, não foram capazes de prever dependência funcional de pessoas idosas inseridas no projeto AquAtividade.

Dentre as limitações deste estudo, está o tamanho da amostra, limitada ao quantitativo de participantes do projeto AquAtividade e a intensidade da dor, posto que 50% dos indivíduos relataram intensidade inferior a 5. Logo, sugere-se a realização de estudos futuros com uma amostra de maior tamanho e que apresente uma maior intensidade da dor para que possa ser observado se esses mesmos fatores preditivos investigados neste estudo apresentam relação de predição com as referidas medidas de funcionalidade.

REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9): 1976-82.
2. Aguiar DP, Souza CPQ, Barbosa WJM, Santos-Júnior FFU, Oliveira AS de. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP*. 2021; 4(3):257-67
3. Beltrão ASCL, Lima DGVH, Freitas VP. A Atuação Do Fisioterapeuta Na Dor Musculoesquelética Crônica. *Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José*. 2023;19(1): 220-38.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN*. 2015; 156(6): 1003–7
5. Braga AC, Souza FLD. Transtornos psicológicos associados à disfunção temporomandibular. *Psicologia e Saúde em Debate*. 201; 2(1):100–20.
6. Araújo L, Trad LAB. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicologia: teoria e prática*. 2015;17(3):28–41.
7. Genebra CV, Maciel NM, Bento TPF. Effects of strengthening and stretching exercises applied during working hours on pain and physical performance in physical therapists with neck pain: a randomized controlled trial. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2019;32(5):739-48.

8. Azevedo L, Riscado P, Maia C. A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. *HIGEIA*. 2022; 7(1):17–27.
9. Lazarus NR, Izquierdo M, Higginson IJ, Harridge SDR. Doenças por deficiência de exercício do envelhecimento: a primazia do exercício e do fortalecimento muscular como agentes terapêuticos de primeira linha para combater a fragilidade. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(9):741–3.
10. Rosalen M, Korn R, Soares AV. Avaliação da Composição Corporal de Idosos na Cidade De Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Revista de Estudos Interdisciplinares*. 2024;6(2):01-12.
11. Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Análise da capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com rápido envelhecimento populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016;19(4):643–52.
12. Negrini ELD. Envelhecimento e funcionalidade: uma análise de trajetórias [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2020. 149p.
13. Pedrosa R, Holanda G. Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e TUG em hipertensas idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2009;13(3):252–6.
14. Nishiguchi S, Yoroazu A, Adachi D, Takahashi M, Aoyama T. Associação entre comprometimento cognitivo leve e parâmetros espaciais baseados em trajetória durante teste cronometrado de levantar e andar usando um sensor de alcance a laser. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 2017;14(1).
15. Lemos P V. Análise do controle postural de idosos saudáveis [Dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. 113p.
16. Melo TA, Duarte ACM, Bezerra TS, França F, Soares NS, Brito D. Teste Sentar-Levantar Cinco Vezes: segurança e confiabilidade com pacientes idosos da unidade de terapia intensiva na alta. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2019;31(1):27–33.
17. Guedes MBOG, Lopes JM, Andrade A de S, Guedes TSR, Ribeiro JM, Cortez LC de A. Validação do teste do degrau de dois minutos para diagnóstico da capacidade funcional de idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015;18(4):921–6.
18. Isidoro J. Avaliação dos níveis de resistência cardiorrespiratória e força de membros superiores e inferiores de idosos frequentadores dos NASFs da cidade do CRATO-CE. *Anais do 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*. 2015; 2(1).
19. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41(2):317–25.
20. Santos RL dos, Júnior JSV. Confiabilidade Da Versão Brasileira Da Escala De Atividades Instrumentais Da Vida Diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008;21(4):290–6.
21. Dias FLC, Teixeira AL, Guimarães HC, Barbosa MT, Resende EPF, Beato RG, et al. Acurácia da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15) em uma amostra de idosos longevos residentes na comunidade: o Estudo Pietà. *Tendências em Psiquiatria e Psicoterapia*. 2017;39(4): 276–9.
22. Lini EV, Tomicki C, Giacomazzi RB, Dellani MP, Doring M, Portella MR. Prevalência de dor crônica autorreferida e intercorrências na saúde do idoso. *Revista Dor*. 2016;17(4):279–82.

23. Dellarozza MSG, Pimenta CA de M, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(5):1151–60.
24. Modesto BS, Vieira KVS. Benefícios da fisioterapia aquática em idosos com osteoartrose de joelho. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2021; 7(10): 703-18.
25. Souza AA de, Moura JA de, Bastone A de C. Efetividade de um programa de fisioterapia aquática na capacidade aeróbia, dor, fraqueza, equilíbrio e função física de idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioter. Bras*. 2017; 18(2): f: 165-I: 171, 2017000.
26. Rocha Júnior PR, Mossini GLG, Santos BM. Análise dos parâmetros físico-funcionais de idosos com osteoartrite de joelhos submetidos a um protocolo de reabilitação aquática. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2015; 20(1):177-87.
27. Abreu JBD, Feitosa FLDS, Alves JJF, Oliveira MLD, Araujo KB, Pontes AMDN, et al. Efeitos da fisioterapia aquática em pacientes idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*. 2020;6(8):60078–88.
28. Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Llano PMP de, Castro DP, Santos F dos. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11):3545–55.
29. Borba MCB. Valores normativos para o teste de sentar e levantar da cadeira de cinco repetições em idosos comunitários [Trabalho de Conclusão de Curso]. Aranguá: Universidade de Santa Catarina; 2022. 25p.
30. Bretan O, Elias Silva J, Ribeiro OR, Corrente JE. Risco de queda em idosos residentes na comunidade: avaliação pelo teste Timed up and go. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2013;79(1):18–21.
31. Andrade LCA, Costa GLA, Diógenes LGB, Pimentel PHR. Timed Up and Go teste na avaliação do risco de quedas em idosos: uma revisão de literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021;10(13):e321101321615.
32. Fioritto AP, Cruz DT, Leite ICG. Prevalência de risco de queda e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2020; 23(2):e200076.
33. Lemos B de O, Cunha AMR da, Cesarino CB, Martins MRI. O impacto da dor crônica na funcionalidade e qualidade de vida de idosos. *BrJP*. 2019; 2(3):237-41.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados

1. Dados sociodemográficos

Nome: _____

Telefone de contato: _____ Idade: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Local de nascimento: (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR

Estado civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Divorciado (5) Outros

2. Caracterização da dor crônica

Localização: (1) Membro superior (2) Membro inferior (3) Tronco
Especifique o local: _____

Irradiação: (1) Nega (2) Trapézio (3) MSD (4) MSE (5) MID (abaixo joelho) (6) MID (acima joelho) (7) MIE (abaixo joelho) (8) MIE (acima joelho) (9) Outro Especifique: _____

Horário: (1) Matutina (2) Vespertina (3) Noturna (4) Sem horário fixo

Intensidade:



Fatores de piora: (1) Esforço físico (2) Repouso (3) Posição em pé (4) Posição sentada (5) Deambulação (6) Tensão Emocional (7) Esporte (8) Movimento (9) Outro Especifique: _____

Fatores de melhora: _____

3. Caracterização da funcionalidade

TUG SIMPLES	Comando: “Eu gostaria que você se sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser ‘VÁ’, por favor, fique em pé e ande novamente a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente”.
	Tempo: ____ seg.
TUG MOTOR	Comando: Paciente deve executar o percurso do TUG simples, carregando uma bandeja com um copo contendo água em até 50% de sua capacidade.
	Tempo: ____ seg.

TUG COGNITIVO	Comando: Paciente deve executar o percurso do TUG simples, repetindo ao longo do percurso as palavras “pipa, menino, boneca, rua”.
	Tempo: ____ seg.
Valores normativos: - Ao fazer a média entre as tentativas, teste é considerado normal quando o tempo do percurso for inferior a 10 segundos. - Se o tempo estiver entre 10 e 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado de queda, sendo este risco aumentado, quando o tempo obtido for acima de 19 segundos, ou seja, 20 segundos ou mais. - Se a pessoa idosa usar algum tipo de acessório de marcha (bengala, andador), tolera-se o tempo entre 10 e 19 segundos. - Em qualquer dos casos, há risco acentuado de quedas sempre que o tempo for superior a 20 segundos. - O teste deve ser considerado alterado, se o idoso não puder executá-lo por motivos de ordem motora (não consegue se levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para realização do teste).	
Fonte: POSIALLO,D.; RICHARDSON,S. The Timed “Up na Go”: A Test of basic functional mobility for frail elderly persons. JAGS:39:142-148. EUA, 1981 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006	

TESTE DA MARCHA ESTACIONÁRIA DE 2min	
Comando: “Eu gostaria que você levantasse os seus joelhos de maneira alternada. Quando eu disser ‘VÁ’, por favor, fique em pé e eleve seus joelhos alternadamente”.	
Tentativas 1: _____ repetições Tentativa 2: _____ repetições Tentativa 3: _____ repetições Média: _____	
Valores normativos: - Para mensuração do número de elevações, deve ser escolhido um joelho de referência e ser contabilizado o número máximo de elevações do joelho que o indivíduo consegue realizar em 2 minutos; - A altura mínima do joelho deve ser nivelada em um ponto médio entre a patela e a espinha ilíaca ântero-superior; - Deverá ser considerada a média dos 3 resultados obtidos.	
Fonte: GUEDES, M. B. O. G. et al. Validação do teste de marcha estacionária de dois minutos para diagnóstico da capacidade funcional em idosos hipertensos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(4):921-26.	

TESTE SENTAR E LEVANTAR DE 5 REPETIÇÕES (TSL5R)

Comando: “Eu gostaria que você se levantasse desta cadeira com suas costas apoiadas e braços cruzados sobre o tórax. Quando eu disser ‘VÁ’, por favor, fique em pé e em seguida, sente-se em o mais rápido possível”, por 5 repetições.

Tentativas 1: _____ segundos

Tentativa 2: _____ segundos

Tentativa 3: _____ segundos

Média: _____

Valores normativos:

Mulheres: 60 – 69 anos: 14,88s

Homens: 60 – 69 anos: 12,56s

70 – 79 anos: 14,93s

70 – 79 anos: 15,47s

80 anos +: 19,67s

80 anos +: 15,10s

Fonte:

CASTRO, P. M. M. A. et al. Testes de Equilíbrio e Mobilidade Funcional na Predição e Prevenção de Riscos de Quedas em Idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 18, nº 1 p. 129-140, 2015.

ANEXO A – Escala de Katz

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal		DEPENDÊNCIA
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada		(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos		(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda		(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis		(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)		(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa		(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
Total de Pontos: _____	Até 6 pontos Independente	Até 4 pontos Dependência moderada	Até 2 ou menos Muito dependente

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.

ANEXO B - Escala de Lawton e Brody

ATIVIDADES	REALIZAÇÃO
Uso do Telefone	() ³ Recebe e faz ligações sem assistência () ² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas () ¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone.
Viagens	() ³ Realiza viagens sozinha () ² Somente viaja quando tem companhia () ¹ Não tem hábito ou é incapaz de viajar
Fazer Compras	() ³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte () ² Somente faz compras quando tem companhia () ¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras.
Preparo das Refeições	() ³ Planeja e cozinha as refeições completas () ² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda () ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições
Trabalho Doméstico	() ³ Realiza tarefas pesadas () ² Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas () ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos
Uso de Medicamentos	() ³ Faz uso de medicamentos sem assistência () ² Necessita de lembretes ou assistência () ¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
Manuseio de Dinheiro	() ³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio () ² Necessita de assistência para o uso de cheques e contas () ¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Fonte: SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008.

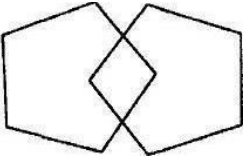
Classificação:

() Dependência total = ≤ 5 (P25)

() Dependência parcial = $> 5 < 21$ ($> P25 < P100$)

() Independência = 21 (P100)

ANEXO C – Miniexame do Estado Mental

DOMÍNIOS	QUESTÕES	MÁX	PONT
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Qual o dia, mês e ano? Dia da semana e estação do ano?	5	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Onde estamos? País, estado, cidade, bairro, clínica?	5	
MEMÓRIA RECENTE	Nomeie 3 objetos (carro, vaso, janela	3	
RACIOCÍNIO LÓGICO	7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número. Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Soletre MUNDO de trás para frente.	5	
MEMÓRIA PREGRESSA	Nomeie os 3 objetos aprendidos anteriormente.	3	
LINGUAGEM	Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2	
LINGUAGEM	Repita “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	1	
ATIVIDADES EXECUTIVAS	Peça para o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHER OS OLHOS.	1	
ATIVIDADES EXECUTIVAS	Escreva uma frase de sua escolha.	1	
COORDENAÇÃO VISUALESPACIAL	Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1	

Score total ____/28

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007

ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale à pena viver como vive agora? (não=1) (sim= 0)
13. Sente-se cheio (a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim= 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Score:___ OBS: Score > 5 pontos – indicativo de presença de sintomas depressivos.

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.