



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

MAYANA CELLY SILVA DO EGITO

**RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Imperatriz, Maranhão

2021

MAYANA CELLY SILVA DO EGITO

**RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.^a Esp. Raquel Loiola Gomes
Moreira

Imperatriz, Maranhão

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo autor.
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

EGITO, MAYANA CELLY SILVA DO
Relação entre depressão e dor crônica em idosos institucionalizados
/ EGITO, MAYANA CELLY SILVA DO, - 2021
45f.

Orientadora: Esp. Raquel Loiola Gomes Moreira
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ, 2021.

1. Depressão. 2. Dor crônica. 3. Instituição de Longa Permanência para idosos. 4. Serviços de Saúde para Idosos I. Moreira, Raquel Loiola Gomes. II. Relação entre depressão e dor crônica em idosos institucionalizados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidata: Mayana Celly Silva do Egito

Título do TCC: Relação entre depressão e dor crônica em idosos institucionalizados

Orientador: Profª Esp. Raquel Loiola Gomes Moreira

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinadora: Lilian Arisvane Pereira Guimarães

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Examinador: Jairo Rodrigues Santana Nascimento

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Presidente: Raquel Loiola Gomes Moreira

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Não são velhos vem idosos;
São pessoas que sabem o valor
da vida e a importância de todos
os instantes do amor.

(autor desconhecido)

Dedico esse trabalho à minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que tem cuidado de mim e de minha família. Esse trabalho não seria possível sem sua proteção.

Agradeço também aos meus familiares e amigos que sempre me apoiaram nessa caminhada, sempre me estimulando a continuar a jornada da melhor maneira.

Também ao Lar São Francisco e aos idosos que ali vivem por abrir as portas da instituição para que essa pesquisa fosse consolidada a fim de melhorar a qualidade de vida desses.

Agradeço também a minha orientadora e a Universidade Federal do Maranhão – campus Imperatriz por guiar esse trabalho.

Sem mais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	5
METODOLOGIA	6
RESULTADO	9
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	24
APÊNDICES	41

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: Relação entre depressão e dor crônica em idosos institucionalizados

Autora: Mayana Celly Silva do Egito

Discente de medicina da Universidade Federal do Maranhão

Mayana.celly@discente.ufma.br

ORCID: 0000-0002-4353-6396

Co-autor: Adriano Stênio Genaro

Discente de medicina da Universidade Federal do Maranhão

adriano.genaro@discente.ufma.br

ORCID: 0000-0002-2888-9724

Co-autor: Raquel Loiola Gomes Moreira

Relação Graduada em medicina pela Universidade do Estado do Pará. Residência médica em Geriatria pela Unifesp- São Paulo e Clínica Médica pelo Hospital Universitário Barros Barreto - Belém PA. Atuação na atenção integral ao idoso, com atendimento hospitalar, ambulatorial e em domicílio. Docente do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão e Universidade Ceuma desde fevereiro 2019.

raquel.loiola@ufma.br

ORCID: 0000-0002-5114-7112

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

ISSN: 2179-7994

Fator de Impacto: Qualis B2

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população brasileira é crescente, assim como a tendência para a institucionalização dos idosos, especialmente os que apresentam doenças crônicas ou incapacidades. A dor é destaque para incapacitância de muitas atividades e, acredita-se, que essa possa influenciar no desenvolvimento de sintomas depressivos nos idosos residentes em instituições de longa permanência. **Objetivo:** Analisar a influência dos sintomas dolorosos no desenvolvimento de sinais de depressão em idosos institucionalizados. **Método:** Estudo de caráter descritivo transversal, de abordagem quantitativa, constituído por 27 idosos de ambos os sexos, residentes em instituição de longa permanência (ILP) em XXXXX. Foram utilizados questionários validados de Dor de McGill e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage reduzida. A análise dos dados foi realizada mediante teste Qui-quadrado. Foi adotada a significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Dezesesseis idosos mantêm quadro normal de depressão, dez apresentam depressão leve e um idoso apresenta depressão grave. Quanto à presença de dor, dez idosos deprimidos apresentavam dor, um é depressivo sem dor, cinco apresentam dor, mas não portam depressão e onze negam dor e não portam depressão. Assim, há relação da dor com depressão ($p = 0,023$), especialmente a dor de padrão contínuo ($p < 0,001$). Demais fatores não tiveram relação estatística. **Conclusão:** O avançar da idade e a presença de dor, especialmente a dor contínua, têm relação com a depressão em idosos institucionalizados.

Descritores: Depressão; Dor crônica; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Serviços de Saúde para Idosos.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população representa um importante fenômeno social, principalmente devido as necessidades específicas desse grupo, como maior apoio dos serviços de saúde pública e privada, maiores índices de prevalência de doenças crônicas e incapacidade física, dependência financeira e física, aumento da incidência de transtornos cognitivos e psicossociais. Nessa perspectiva, esforços cada vez mais significativos são despendidos para atender as suas especificidades, bem como manutenção da qualidade de vida (GÜTHS *et al.*, 2017).

Atualmente, a população idosa representa em torno de 8,6% da população brasileira, com perspectivas de aumento para 29,7% da população total até o ano de 2050, porquanto, representando um aumento absoluto de aproximadamente 66,5 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade (RAMOS *et al.*, 2017).

Pensando nisso, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, atualizou a Política Nacional de Saúde da População Idosa (PNSPI) a fim de atender, com qualidade, as novas necessidades de saúde centrada nos indivíduos idosos, assim como potencializar as já existentes (BRASIL, 2006).

O aumento da população idosa é, por conseguinte, seguida do aumento de casos de depressão, uma vez que os eventos relacionados com o envelhecimento levam ao aumento de sintomatologias debilitantes como dor, dificuldade de deambulação, dificuldade de praticar atividades básicas da vida diária e sensação de desamparo por parte da sociedade. Nesse sentido, a depressão passa a ser uma importante doença relacionada ao envelhecimento (LIMA *et al.*, 2016).

O envelhecimento é definido como a evolução natural de processos fisiológicos com mudanças estruturais, bioquímicas e psicossociais que acometem o indivíduo com prolongada sobrevida. Entende-se desse processo como uma fase em que o ser humano passa a refletir de forma mais significativa sobre sua própria existência, em especial objetivos de vida alcançados, perdas no decorrer da vida, diminuição da autonomia e processos de saúde e doença (ANSIEDAD *et al.*, 2016).

Esse processo leva a mudanças comportamentais e psicossociais, muitas vezes relacionados com a mudança do estilo de vida e perda da individualidade e privacidade o qual o idoso vivencia em instituições de longa permanência, levando ao aumento de insatisfações e sintomas depressivos (ALENCAR *et al.*, 2013).

Concomitantemente, as características históricas, antropológicas e sociais das Instituições de Longa Permanência (ILP) no Brasil contribuem de forma significativa para sentimentos de insatisfação. As ILP's surgiram no país ainda em um contexto histórico

colonial, no qual não apresentavam regulamentação pública ou qualquer sistema de critérios para a internação. Esses espaços, chamados em sua maioria asilos, mantidos preferencialmente por congregações católicas com intuito filantrópico, abrigavam desde crianças até idosos em situação de vulnerabilidade, desabrigados, órfãos e pessoas com doenças que necessitassem de cuidados e não tinham a quem recorrer (CAMARANO; KANSO, 2010).

Devido essas características sociais, a representação imagética da necessidade de abrigar-se em uma Instituição de Longa Permanência passou a ser tomada como depreciativa, pautando-se pelo sentimento de desamparo por parte da família, incapacidade e solidão, mesmo tendo auxílio da instituição, boas acomodações, serviços de saúde e boa alimentação (ALENCAR *et al.*, 2013).

Nesse contexto, surgem na vida do idoso institucionalizado inúmeros eventos de adoecimento, com destaque importante para as doenças crônicas não transmissíveis, associadas a emergência de sintomatologias diversas que interferem na qualidade de vida da população senil (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Doenças como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Osteoporose, Osteopenia, doenças reumatológicas e oncológicas culminam com debilidade, dificuldade de realizar sozinho as atividades básicas da vida diária e sintomas de incapacidade física. Assim, a dor surge como um importante preditor de piora da qualidade de vida, com importante componente emocional que pode propiciar a piora do quadro psíquico (CUNHA; MAYRINK, 2011).

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um estímulo patológico que leva dano tecidual ou apresenta potencial de dano, com intensidade e duração variáveis, percebidos de formas diferentes por indivíduos distintos e que apresenta importante relação com os componentes culturais, sociais e fisiológicos de uma população (CARDOSO *et al.*, 2006).

A dor pode ser aguda, quando tem início e desenvolvimento em curto período de tempo, sendo limitada pelo processo patológico e sofrendo resolução com o fim desse, enquanto a dor crônica se caracteriza por uma duração maior que três meses, que tende a permanecer com o término de um processo patológico associado e ter curso prolongado (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Tendo em vista a relação da dor crônica com a prevalência de doenças crônicas e estas por sua vez com alta proporção em idosos institucionalizados, bem como a suas características que levam a incapacidade funcional, avalia-se sua possível influência no

desenvolvimento de sintomas psicológicos, não obstante a exacerbação destes devido o componente emocional associado a dor (MARASCHIN *et al.*, 2010).

A dor crônica propicia a diminuição da capacidade funcional de idosos institucionalizados, por conseguinte, apresenta impacto em suas atividades diárias, prática de exercícios e interação social, levando a tendências de isolamento e piora do status de qualidade de vida (COELHO *et al.*, 2011).

Outrossim, a cronicidade da dor e debilidade física apresentam inúmeros componentes psicológicos, principalmente devido as vias neurológicas de nociceptivas que provocam alterações em concentrações específicas de neurotransmissores no sistema límbico e outras áreas cerebrais importantes relacionadas com os componentes emocionais do indivíduo (REIS; TORRES, 2017).

Na senescência, o sistema nervoso central apresenta ainda maior dificuldade de interpretar estímulos de forma eficiente, uma vez que durante a decorrer da vida a quantidade de tecido cerebral se modifica, com uma maior tendência a deposição de proteínas e substâncias lipossolúveis (CASTRO *et al.*, 2010; NG *et al.*, 2017).

Tem-se demonstrado que déficits cognitivos em indivíduos com dor crônica, independentemente de predisposição prévia para depressão e ansiedade, incluindo dificuldades de processamento de informações e problemas de memória, apresentam maior desenvolvimento dessas doenças devido, principalmente, pobre função cognitiva e neuropsíquica (NG *et al.*, 2017).

Seguindo-se essa linha de raciocínio, idosos que vivem diariamente com sintomatologia de dor, essencialmente aqueles que apresentam dor por mais de três meses, ou que apresentam persistência da dor mesmo com a finalização ou diminuição da atividade do processo patológico que levou o aparecimento do sintoma doloroso, tende a apresentar com mais facilidade distúrbio emocional, significativamente mais prevalente do que idosos hígidos (ANSIEDAD *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2018).

Não obstante, a dor crônica influi de forma mais significativa em desordens psicológicas com fundo emocional, como a depressão e ansiedade em institucionalizados de forma mais prevalente que em pessoas com mais de 65 anos saudáveis e que não residem em instituições de longa permanência. Dessa forma, sugere-se que a fisiopatologia da dor crônica, independente do processo inicial que culminou com o início do sintoma, está diretamente ligado a áreas neuroanatômicas subjacentes entre funções cognitivas e emocionais e funções de nocicepção. Contudo, ainda não está bem esclarecido na literatura como essas duas áreas podem interagir de forma direta, nem como essas características

anatômicas influem no surgimento e manifestação de sintomas depressivos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; NG *et al.*, 2017).

A senescência pode ser definida como um período de complexas mudanças fisiológicas, sociais, psicológicas e demográficas, permeada por interações sociais e culturais que apresentam particularidades regionais e econômicas. A busca por maiores conhecimentos do processo de envelhecimento e suas particularidades contribui para seu manejo correto por parte dos sistemas de saúde, sendo de suma importância (LIMA *et al.*, 2016).

Assim, analisar a influência dos sintomas dolorosos no desenvolvimento de sinais de depressão em idosos institucionalizados é de grande importância para elaboração de um plano terapêutico multidisciplinar capaz de melhorar a qualidade de vida desse público.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a influência dos sintomas dolorosos no desenvolvimento de sinais de depressão em idosos institucionalizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o nível de sintomas depressivos na população de idosos residentes da instituição de longa permanência por meio de Escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage* reduzida.
- Determinar o nível de queixas álgicas nos idosos institucionalizados por meio do questionário da dor de *McGill*.
- Avaliar a existência de demais fatores concomitantes aos sintomas depressivos: idade, sexo, doenças crônicas e uso de medicação psicotrópica.

3 METODOLOGIA

A metodologia pode ser assim compreendida:

3.1 ÁREA DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Imperatriz, Maranhão, na Associação Lar São Francisco de Assis, estabelecimento mantido por investimentos públicos e filantrópicos, que visa a prestação de serviços para idosos em situação de risco social, bem como desabrigados, funcionando como uma instituição de longa permanência. Localizada na Rua Pará, 1177 – Nova Imperatriz, Imperatriz - MA, 65907-130.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes desta pesquisa foram abordados segundo os preceitos do código de Nuremberg, respeitando a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos por meio de registro na Plataforma Brasil, além da liberação da Associação Lar São Francisco de Assis por meio da declaração de liberação, devidamente assinada pelo responsável do serviço (ANEXO III). Ademais, os dados foram coletados mediante consentimento do participante após explicação prévia da pesquisa e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não obstante, para os participantes analfabetos, a assinatura foi substituída por marca da digital na linha de assinatura.

Os dados coletados são sigilosos, utilizados somente para fins científicos, sendo de acesso restrito dos pesquisadores envolvidos, mantendo-se sigilo dos dados pessoais. As informações serão arquivadas por cinco anos, após o referido período serão reciclados conforme orientação da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nessa pesquisa idosos com no mínimo 60 anos de idade, sem idade máxima estabelecida, além de idosos aptos a responder os questionários e que aceitaram participar dessa pesquisa.

Foram excluídos dessa pesquisa idosos que apresentaram transtornos mentais prévios com déficit cognitivo maior e/ou que não compreenderam as perguntas dos questionários durante a entrevista.

3.4 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem caráter descritivo transversal, de abordagem quantitativa, com intuito de avaliar a influência da dor na prevalência da depressão em idosos

institucionalizados, por meio de questionários validados de Dor de McGill e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage reduzida.

3.5 AMOSTRA

A amostra foi do tipo universal, com a coleta de dados em fevereiro de 2020. Contou com a participação final de 27 pesquisados, sendo 7 mulheres e 20 homens.

3.6 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada na Associação Lar São Francisco de Assis mediante a autorização para realização da pesquisa, devidamente assinada pelo responsável da instituição (ANEXO III) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) devidamente assinado pelo participante, assim como preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As informações foram coletadas por meio de entrevista estruturada com o participante, sendo realizada identificação do participante e aplicação de dois questionários validados: Escala de Depressão geriátrica de Yesavage reduzida e Inventário Para Avaliação da Dor de McGill, ambos na versão para o português.

Quanto a identificação foram coletados os seguintes dados: iniciais do nome, idade, sexo, se possui doença crônica não transmissível, se possui déficit cognitivo e uso de medicações psicotrópicas. Os dados foram preenchidos pelos pesquisadores conforme constava no prontuário de cada participante.

O segundo passo da coleta de dados desta pesquisa consistiu na aplicação do questionário Escala de Depressão geriátrica de Yesavage reduzida (ANEXO I) devidamente validado e adaptado para a língua portuguesa. O questionário é composto por quinze perguntas com respostas SIM ou NÃO, as quais são atribuídas um valor de zero (0) ou um (1). As perguntas têm o objetivo de identificar sinais de depressão por apresentarem respostas que indiquem componentes comportamentais e emocionais de risco, assim, ao final do questionário é feita uma somatória dos pontos obtidos pelo participante que o definiu em três grupos possíveis de acordo com o nível de possibilidade de ter depressão. Os grupos de classificação com a pontuação foram: Quadro psicológico normal (0-5 pontos), quadro de depressão leve (6-10 pontos) e quadro de depressão severa (quando a pontuação foi maior ou igual a 11 pontos) (FREIRE *et. al*, 2018).

O terceiro passo da pesquisa correspondeu aplicação do questionário de dor de McGill (ANEXO II), validado e adaptado para o português. Esse questionário, de acordo com as evidências científicas, apresenta fácil aplicação na população idosa, apresenta características que levam a percepção dos sintomas não só quanto à intensidade, mas

também nos aspectos afetivos e sensoriais. Ademais, esse questionário apresenta aplicação adequada para a caracterização da dor crônica.

3.7 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram previamente tabulados em planilha pelo programa EXCEL® versão 2010 e posteriormente analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 24.0, por meio do cálculo da média aritmética, moda, mediana, variância e desvio padrão. As medidas de tendência central foram complementadas por meio de relação entre os dados e cruzamento por meio de cálculo do valor de $P = 5\%$ do teste de Qui quadrado entre os resultados da Escala de Depressão geriátrica de Yesavage reduzida e do Inventário para Avaliação da dor de McGill.

4 RESULTADOS

Durante coleta de dados, a instituição de longa permanência mantinha 41 indivíduos institucionalizados, sendo 26 do sexo masculino e 15 do feminino. Do total, 14 atenderam aos critérios de exclusão, pois de acordo com revisão de prontuários, 4 não apresentavam condições clínicas para responder os questionários devido à demência por Alzheimer; 3 por transtorno mental e demência por Alzheimer; 5 tinham rebaixamento do nível da consciência por outros transtornos mentais e 2 por patologias psiquiátricas prévias com incapacidade comunicativa. Após a exclusão desses, 27 idosos foram selecionados para a pesquisa, sendo 20 do sexo masculino.

A idade média geral é de 79,67 anos ($\pm 10,92$), com amplitude de 61 a 104 anos e mediana de 81 anos. Quanto ao sexo, temos para homens idade média de 78,75 anos ($\pm 9,73$) com amplitude de 61 a 95 anos e mediana de 79,5 anos. Já as mulheres apresentaram idade média de 82,29 anos ($\pm 14,35$) com amplitude de 65 a 104 anos e mediana de 82 anos.

Quanto ao tempo de permanência na ILP, os homens apresentam média de 5 anos 6 meses e 6 dias, com amplitude de 1 a 17 anos. Já as mulheres, a média de permanência são de 6 anos, com amplitude de 2 meses a 11 anos.

Quanto à distribuição dos idosos segundo o tipo de doença crônica não-transmissível existente, temos que a mais prevalente é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que acomete 23 idosos (34,33%), como mostra a Tabela 1. Logo após, estão a Doença de Alzheimer e o Acidente Vascular Encefálico (AVE), com frequência em 8 idosos (11,94%). Seguindo o grau decrescente na prevalência, encontra-se Diabetes Mellitus (DM) e Artrose em 7 idosos (10,45%); Problemas Cardíacos (exceto HAS) em 5 (7,45%); Epilepsia em 4 idosos (5,97%); 2 idosos (2,99%) portam cegueira total; 2 idosos (2,99%) portam a Doença de Parkinson e 1 idoso (1,49%) é portador de Neoplasia de próstata.

Tabela 1:

Distribuição dos idosos segundo o tipo de doença crônica não-transmissível existente		
Doença crônica não transmissível	Frequência	
	f	(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	23	34,33
Doença de Alzheimer	8	11,94
Acidente Vascular Encefálico	8	11,94
Diabete Mellitus	7	10,45
Atrose	7	10,45
Cardiopatía (exceto HAS)	5	7,45

Epilepsia	4	5,97
Cegueira	2	2,99
Doença de Parkinson	2	2,99
Neoplasia de próstata	1	1,49
TOTAL¹	67	100

¹: Alguns idosos convivem com mais de uma doença crônica não transmissível.

Quanto ao uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, 2 pacientes usam Diazepan 5 mg 1x/dia; 2 pacientes usam Diazepan 5mg (s/n); 1 paciente usa Diazepan 5mg 1x/dia + Alois® 10mg 1x/dia; 1 paciente usa Hidantal 100g 1x/dia + Diazepan 5mg (s/n); 1 paciente usa Diazepan 10mg 1x/dia; 2 pacientes usam amitriptilina 25mg 1x/dia + Amplictil 25mg 1x/dia; 1 paciente usa amitriptilina 25mg 1x/dia + Diazepan 5mg (s/n); 1 paciente usa amitriptilina 25mg 1x/dia; 1 idoso usa hidantal 100g 1x/dia + Diazepan 5mg 1x/dia; 2 usam haldol (se agitado); 1 idoso usa haldol 1mg 1x/dia + Fenergan 25mg 1x/dia + Clonazepan 2mg 1x/dia; 1 usa Ciclobenzatina 5mg 1x/dia + Bromazepan 6mg 1x/dia; 1 idoso usa hidantal 100g 1x/dia + Alprazolam 2mg 1x/dia + Amitriptilina 25mg 1x/dia. 10 idosos não fazem uso de medicações psicotrópicas.

Na aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage Reduzida, obteve-se que 16 idosos mantêm quadro normal, 10 apresentam depressão leve e 1 idoso apresenta depressão grave. Considerando o sexo masculino, 10 mantêm quadro normal, 9 mantêm depressão leve e 1 apresenta depressão grave.

Quanto ao questionário de dor de McGill, será detalhado cada um dos grupos para melhor entendimento.

No grupo de caracterização da dor, 7 idosos disseram ter dor do tipo vibração/tremor/pulsante/latejante/como batida ou pancada; 3 idosos disseram ter dor do tipo pontada/choque ou tiro; 2 idosos disseram ter dor em agulhada/perfurante/facada/punhalada ou em lança; 2 idosos disseram ter dor do tipo beliscão/Paperto/mordida/cólica ou esmagamento; 4 idosos mostraram dor em calor/queimação/fervente ou brasa; 6 idosos disseram ter dor em formigamento/coceira/ardor ou ferroadada; 1 idoso disse ter dor do tipo mal localizada/dolorida/machucada/doida ou pesada; 7 idosos apresentaram dor do tipo chata/que incomoda/desgastante/intensa ou insuportável; 1 idoso disse sofrer com dor em espadada/irradiante/penetrante ou atravessante; 1 idoso citou dor do tipo que aperta/adormece/repuxa/estreme ou rasga e, por último, 6 idosos disseram que sua dor é do tipo aborrecida/da náusea/agonizante/pavorosa ou torturante.

Quanto ao padrão da dor, 11 idosos citaram ter dor contínua, estável ou constante. 3 idosos disseram que o padrão da dor é rítmica, periódica ou intermitente e 1 idoso citou ter dor do tipo breve, momentânea ou transitória.

No quesito fatores que promovem alívio da dor, 2 idosos disseram que nada melhora a dor, enquanto 11 citaram ter melhoras com uso de remédios. Outros fatores também foram citados como lavar o corpo com álcool (1), apoiar-se (1), orar (2), cantar (1), massagem e trendelenburg (1) e vitaminas (1).

Quanto aos fatores que pioram a dor, foram citados: permanecer sentado por longo período (1); permanecer parado ou ao levantar-se (1); abaixar perna (1); ao movimentar-se e ao ser carregado (1); ao caminhar (1); deixar perna sem apoio (1); frio (2); movimentar-se demais (1); aborrecimento (1) e 1 idoso afirmou não ter fator que piora a dor.

Quanto a graduação da intensidade da dor do momento da entrevista, 6 idosos disseram ter dor leve; 4 idosos citaram ser desconfortável; 2 disseram ter dor agonizante; 3 citaram horrível e nenhum citou lacerante.

Quanto à caracterização da dor mais intensa da vida, 2 idosos disseram ser do tipo agonizante, enquanto 6 falaram ter dor horrível e 12 mencionaram ser do tipo lacerante.

Quanto à caracterização do último episódio de dor da vida, 2 idosos citou desconfortável, 7 idosos disseram ser do tipo agonizante, enquanto 8 disseram ter dor horrível e 12 falaram ser do tipo lacerante.

Quanto à caracterização da pior dor de dente da vida, 6 idosos disseram ser do tipo agonizante, enquanto 10 disseram ter dor horrível e 8 falaram ser do tipo lacerante. 3 idosos disseram nunca ter tido dores no dentes.

Quanto à caracterização da pior dor de cabeça da vida, 1 idoso citou ser leve, 4 idosos citaram desconfortável, 5 idosos disseram ser do tipo agonizante, enquanto 9 disseram ter dor horrível e 8 falaram ser do tipo lacerante.

Quanto à caracterização da pior dor de estômago da vida, 13 idosos disseram ser leve, 3 idosos citaram desconfortável, 3 idosos disseram ser do tipo agonizante, 6 disseram ter dor horrível e 2 mencionaram ser do tipo lacerante.

5 DISCUSSÃO

O Estado do Maranhão está localizado na região Nordeste do país, tendo seus limites com o Oceano Atlântico e os estados Piauí, Tocantins e Pará. Possui 217 municípios. Sua densidade é de 19,81 hab/km². Dos nove estados do Nordeste, o Maranhão é o quarto mais populoso, precedido por Bahia, Pernambuco e Ceará (IBGE, 2019).

Em 2019, o IBGE contabilizou 6.574.789 habitantes, correspondendo a 12,38% da população do nordeste. No mesmo ano, 63,07% de sua população residia em área urbana. Do total, aproximadamente 7,37% eram idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais segundo a Política Nacional do Idoso (PNI). Esse contingente representava 2,76%, proporção menor que a média nacional de 2,83%, esta última, distribuída em 3,09% para homens e 2,58% para as mulheres.

A maior cidade é a capital São Luís, que sempre contou com a maior quantidade de ILP's do Estado, que de 2008 para 2020, saltou de três para doze ILP's. A segunda maior cidade é Imperatriz, que em 2008 dispunha apenas de uma ILP e, em 2020, contempla duas, ambas filantrópicas (IPEA, 2008 e IBGE, 2019).

Segundo pesquisa estadual realizada em 2008 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que comparou no Maranhão a distribuição proporcional da população idosa residente e não-residente nas ILPI's, concluiu que a proporção dos idosos institucionalizados é de apenas 0,05% e seus residentes aumenta com a idade, ao contrário do que ocorre com o total da população.

Com base no IBGE de 2019, foi comparado a proporção da população idosa imperatrizense residente e não residente no Lar São Francisco, desconsiderando a segunda ILP da cidade, concluímos resultados parecidos, porém com proporção dos idosos institucionalizados de 0,19%, conforme demonstra Tabela 2 e Gráfico 1. Apesar de a cobertura ser quase quatro vezes maior que da pesquisa supracitada, ainda há baixa abrangência pelas instituições, bem como a baixa demanda por esse serviço, o que, por sua vez, afeta a oferta.

Tabela 2

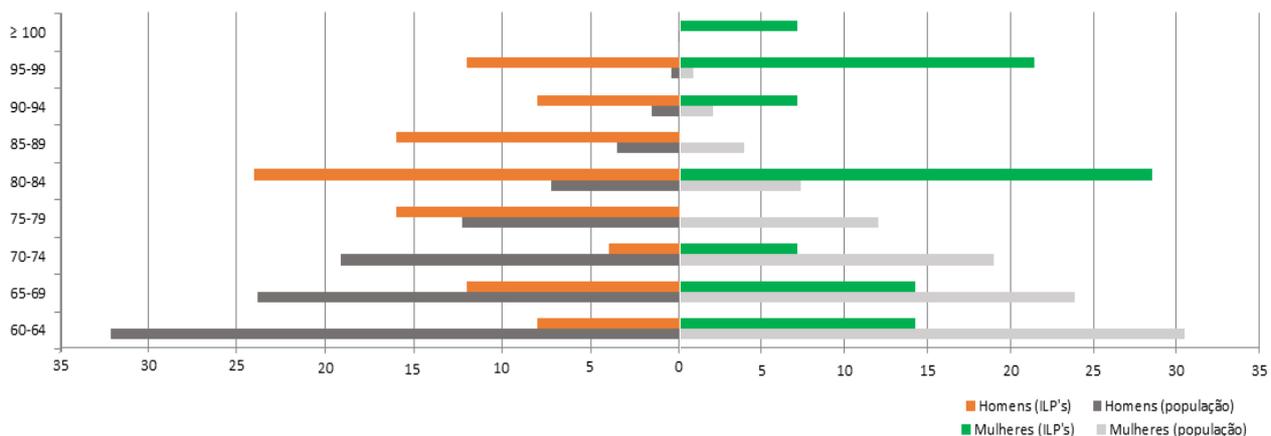
Comparação proporcional da população idosa de Imperatriz não institucionalizados (2010) com idosos institucionalizados no Lar São Francisco (2020) por sexo e idade								
Idade (anos)	homens				mulheres			
	Imperatriz		Lar São Francisco		Imperatriz		Lar São Francisco	
	f	% ¹	f	% ²	f	% ³	f	% ⁴
≤ 60	--	–	0	0	–	–	2	14,29

60-64	2977	32,08	2	7,40	3382	30,49	2	14,29
65-69	2209	23,79	5	18,52	2651	23,89	0	0
70-74	1772	19,09	1	3,71	2113	19,05	1	7,14
75-79	1137	12,24	4	14,82	1338	12,07	0	0
80-84	671	7,23	7	25,93	822	7,40	4	28,57
85-89	330	3,55	3	11,11	443	3,99	0	0
90-94	143	1,55	2	7,40	231	2,09	2	14,29
95-99	40	0,44	2	7,40	102	0,91	3	21,42
≥ 100	3	0,03	1	3,71	13	0,11	0	0
TOTAL	9282	100	27	100	11095	100	14	100

¹ Em relação a população idosa masculina de Imperatriz (n = 9282) IBGE 2010; ² Em relação a população idosa masculina do Lar São Francisco (n= 27); ³ Em relação a população idosa feminina de Imperatriz (n = 11095) IBGE 2010; ⁴ Em relação a população idosa feminina do Lar São Francisco (n= 14).

Gráfico 1:

Comparativo por idade e sexo em relação a idosos da ILP e a população de idosos de Imperatriz



Entendendo que o perfil dos idosos institucionalizados tende a aumentar com a idade, e que este é um dos fatores para o desenvolvimento de depressão (SILVA *et al.*, 2012), o presente trabalho buscou revelar essa relação no Lar São Francisco, com resultados confirmatórios ($p < 0,001$), conforme consta Tabela 3.

Tabela 3

Relação entre idade/depressão e sexo/depressão dos idosos institucionalizados no Lar São Francisco (N = 27)					
Idade	Grau de depressão				p*
	QN	DLM	DG	Total	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
60-70	4 (14,82)	2 (7,40)	1 (3,70)	7 (25,92)	<0,001*
71-80	2 (7,40)	3 (11,12)	0	5 (18,52)	

81-90	7 (25,92)	4 (14,82)	0	11 (40,74)	
>90	3 (11,12)	1 (3,70)	0	4 (14,82)	
Sexo					
♀	6 (22,22)	1 (3,70)	0	7 (25,92)	0,248*
♂	10 (37,04)	9 (33,34)	1 (3,70)	20 (74,08)	

*Teste qui-quadrado. Nota: QN: quadro normal; DLM: depressão leve/ moderada; DG: depressão grave.

Diferentemente de algumas pesquisas que demonstraram depressão nos idosos institucionalizados serem mais prevalente nas mulheres, esta pesquisa não demonstrou haver relevância estatística entre os sexos e depressão ($p = 0,248$), conforme Tabela 3.

Segundo Silva *et al.* (2012) a depressão é multicausal, tendo vários fatores associados além da idade e sexo, como insatisfação com a instituição, insônia, taquicardia, parestesia, tontura e suor excessivo. Dor e medicações também são fatores causais e serão mais bem explorados. Estudos demonstraram divergência na prevalência da depressão nos idosos residentes de ILP's entre as cinco regiões do país, indicando o regionalismo como fator a ser considerado no Brasil.

No norte do Brasil, o estudo de Souza (2016) constatou indicativo de depressão em 100% dos idosos de uma ILP em Rondônia-RO, sendo 20% leve a moderada e 80% grave. No sul do país, Costa *et al.* (2017) afirmou sintomas depressivos em 38,4% dos idosos de ILP em Foz do Iguaçu-PR. Para o sudeste, Saintrain *et al.* (2018) revelou prevalência de 46,7% em sua pesquisa feita em 14 ILP's em Bragança-SP. Já no centro-oeste, Silva *et al.* (2012) retrata depressão em 49%, sendo 36,3% leve a moderada e 12,7% grave nos idosos de 5 ILP's de Brasília-DF. Enquanto no nordeste, Guimarães *et al.* (2019) mostrou depressão em 54,76% dos idosos em ILP de Jequié-BA.

Corroborando com os dados para a região nordestina, este trabalho revelou indicativo de depressão em onze idosos (40,74%), sendo dez com grau leve a moderado e um grave. Desse modo, as contradições na literatura levam a necessidade de continuação de pesquisas no assunto nas diferentes regiões do país, uma vez que a diferença econômica regional e o entendimento da auto percepção da saúde também são fatores influenciadores no desenvolvimento da depressão (GÜTHS *et al.*, 2017)

No que concerne à auto percepção, em estudo de Guimarães *et al.* (2019), 66,6% dos idosos com sintomas depressivos relataram sua saúde como negativa. De mesmo modo, outro estudo identificou que a maioria dos idosos institucionalizados em Minas Gerais apresenta pior auto percepção de saúde que idosos do sul do país, como Rio

Grande do Sul e Paraná, demonstrando maior prevalência de depressão nos idosos mineiros que paranaenses e/ou gaúchos (SAINTRAIN *et al.*, 2018).

O impacto das diferentes condições socioeconômicas na prevalência da depressão de idosos institucionalizados não é exclusivo do Brasil. Resultados semelhantes foram encontrados em Taiwan e Hong Kong, com prevalência de depressão em 43,4% e 65,4% respectivamente, sendo esta diferença demonstrada por pior status socioeconômico dos idosos de Hong Kong (SAINTRAIN *et al.*, 2018).

Outro fator relevante é a presença de dor. A dor crônica é amplamente distribuída nos idosos da comunidade, em torno de 50%, causada principalmente por alterações no sistema neuromuscular. Sua prevalência aumenta para 40 – 78% nos idosos institucionalizados. Assim, eles são o grupo de indivíduos que mais sofrem consequências da dor crônica, impactando diretamente na qualidade de vida, funcionalidade e produtividade (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Quando comparado dor com depressão, Silva *et al.* (2012) afirma que a dor estava relacionada em 65% dos pacientes deprimidos de sua pesquisa. Este estudo demonstra que nove idosos (33,34%) deprimidos apresentavam dor e, dos doze idosos sem depressão, onze negaram dor durante a coleta dos dados, o que corrobora para a dor ter relação com depressão ($p = 0,023$), como resume Tabela 4.

O único idoso com indicativo de depressão grave é muito dependente (acamado), indicou portar quatro tipos de dor, que no momento da pesquisa, era de intensidade 4/5, crônica, globalmente distribuída e que não melhorava com uso de medicação ou terapias alternativas.

Tabela 4

Relação de depressão com dor nos idosos institucionalizados no Lar São Francisco (N = 27)							
	Com depressão		Sem depressão		Total		p*
	f	%	f	%	f	%	
Com dor	9	33,34	6	22,22	15	55,56	0,023
Sem dor	2	7,40	10	37,04	12	44,44	

*Teste qui-quadrado.

Ao aprofundarmos o estudo da dor, desmembrando-a segundo as características do questionário de dor de McGill, foi encontrada relevância estatística apenas na categoria "padrão da dor" como indicativo de depressão ($p < 0,001$), conforme demonstra Tabela 5.

Isso significa que o aumento da frequência sensorial/emocional desagradável é convergente com a gravidade da depressão. Ou seja, dor com padrão contínua pode potencializar a gravidade da depressão, podendo o idoso evoluir de quadro não depressivo, permeando depressão leve/moderada e alcançar padrão de depressão grave.

Tabela 5

Relação estatística das características da dor (Questionário da dor de McGill) em relação à depressão (Escala de Yesavage reduzida) dos idosos institucionalizados no Lar São Francisco										
Características da dor	Depressão	QN		QLM		DG		Total		p*
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Padrão da dor	Breve	0	0	1	6,66	0	0	1	6,66	<0,001* N = 15
	Rítmica	0	0	3	20	0	0	3	20	
	Contínua	5	33,34	5	33,33	1	6,66	11	73,34	
Dor durante entrevista	Leve	4	26,66	2	13,33	0	0	6	40	0,515* N = 15
	Desconfortável	0	0	4	26,67	0	0	4	26,67	
	Agonizante	1	6,66	1	6,66	0	0	2	13,33	
	Horrível	0	0	2	13,33	1	6,66	3	20	
	Lacerante	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dor mais intensa da vida	Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0,650* N = 27
	Desconfortável	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Agonizante	6	22,23	1	3,70	0	0	7	25,93	
	Horrível	6	22,23	2	7,40	0	0	8	29,63	
Último episódio de dor	Lacerante	4	14,81	7	25,93	1	3,70	12	44,44	0,848* N = 27
	Leve	1	3,70	0	0	0	0	1	3,70	
	Desconfortável	2	7,40	0	0	0	0	2	7,40	
	Agonizante	7	25,93	5	18,52	0	0	12	44,46	
	Horrível	3	11,11	3	11,11	0	0	6	22,22	
Pior dor de dente	Lacerante	3	11,11	2	7,40	1	3,70	6	22,22	0,666* N = 27
	Nunca	2	7,40	1	3,70	0	0	3	11,11	
	Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Desconfortável	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Agonizante	6	22,23	0	0	0	0	6	22,23	
Pior dor de cabeça	Horrível	6	22,23	3	11,11	1	3,70	10	37,04	0,648* N = 27
	Lacerante	2	7,40	6	22,23	0	0	8	29,63	
	Leve	1	3,70	0	0	0	0	1	3,70	
	Desconfortável	4	14,82	0	0	0	0	4	14,82	

	Agonizante	4	14,82	1	3,70	0	0	5	18,52	
	Horrível	4	14,82	4	14,82	1	3,70	9	33,35	
	Lacerante	3	11,11	5	18,50	0	0	8	29,61	
Pior dor de estômago	Leve	6	22,23	7	25,92	0	0	13	48,15	0,298* N = 27
	Desconfortável	2	7,40	0	0	1	3,70	3	11,11	
	Agonizante	3	11,11	0	0	0	0	3	11,11	
	Horrível	4	14,83	2	7,40	0	0	6	22,23	
	Lacerante	1	3,70	1	3,70	0	0	2	7,40	
Quantidades diferentes de dor	Sem dor	10	37,07	2	7,40	0	0	12	44,47	0,219* N = 27
	Até 1	0	0	2	7,40	0	0	2	7,40	
	Até 2	2	7,40	3	11,11	0	0	5	18,51	
	Até 3	1	3,70	2	7,40	0	0	3	11,11	
	4 tipos ou mais	3	11,11	1	3,70	1	3,70	5	18,51	

*Teste qui-quadrado. Nota: QN: quadro normal; DLM: depressão leve/ moderada; DG: depressão grave.

O histórico da experiência do indivíduo com a dor é pessoal (RIBEIRO *et al.*, 2019). Neste estudo, a maioria dos pesquisados elegeu a dor de dente, dentre as opções avaliadas, como a pior sensação dolorosa, seguido da dor de cabeça e, por último, da dor de estômago (Tabela 5). Portanto, parece que a compreensão da dor deve ser holística, considerando as experiências pessoais ao longo do tempo de cada indivíduo, já que esta pode estar associada a outros fatores causais capazes de gerar uma resposta depressiva persistente.

Outro fator relacionado à depressão em idosos institucionalizados é uso de medicações. Pesquisas que investigaram o uso de medicamentos por idosos no Brasil estimam que cada idoso consome, em média, de quarto a seis medicamentos, tendendo a aumentar progressivamente com a idade. Assim, a quantificação de medicamentos consumidos, pode ser classificada em polimedicação menor, ou seja, uso de dois a quatro medicações, e polimedicação maior, quando há cinco ou mais fármacos (FABER *et al.*, 2017).

A média do consumo de psicofármacos entre os sujeitos medicados foi de 1,64 psicofármaco/dia. A média geral para o total da amostra foi de 1,03 psicofármaco/dia. Utilizando-se da classificação de polifarmácia para atender apenas ao consumo dos psicofármacos, os resultados atendem aos critérios de farmácia menor. Considerando o consumo de psicofármacos/idoso, dois indivíduos são classificados em polifarmácia maior.

Na pesquisa de Oliveira e Novaes (2013), os medicamentos mais consumidos por idosos são os agentes cardiovasculares e os psicofármacos, seguidos pelos

antiinflamatórios, analgésicos e agentes gastrintestinais. Neste estudo, dezessete idosos (62,94%) fazem uso de psicotrópicos, reforçando o alto consumo dessa classe de medicamentos nesse público, afim da pesquisa supracitada.

Apesar das divergências nos estudos acerca da associação do uso de psicofármacos e a prevalência de declínio cognitivo (FABER *et al.*, 2017), este estudo não encontrou relevância estatística na avaliação da quantidade de medicações psicotrópicas com a depressão ($P = 0,775$), como mostra Tabela 6.

Como exemplo, o idoso com indicativo de depressão grave não faz uso de medicação psicotrópica, enquanto dos dezesseis idosos com quadro normal para depressão, sete não fazem uso, dois fazem uso se necessário e sete são psicotrópicos-dependentes.

Tabela 6

Relação da quantidade de medicações psicotrópicas em uso com depressão (N = 27)											
Psicotrópio	Depressão		QN		QLM		DG		Total		P*
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
	Sem medicações	7	25,94	2	7,40	1	3,70	10	37,04		
Uso de 1 medicação	5	18,52 ¹	3	11,11	0		8	29,63			
Uso de 2 medicações	3	11,11	4	14,82	0		7	25,93			
Uso de 3 medicações	1	3,70	1	3,70	0		2	7,40			
										0,775*	

*Teste qui-quadrado. Nota: QN: quadro normal; DLM: depressão leve/ moderada; DG: depressão grave.

¹3 idosos fazem uso contínuo do psicotrópico e 2 fazem uso esporádico/se necessário.

Apesar dos resultados desta pesquisa, e considerando o viés de amostragem por conveniência, a associação entre polifarmácia com a depressão mereça alerta, especialmente com psicotrópicos.

No que concerne à relação de doenças crônicas com indicativo de depressão, este estudo foi limitado, uma vez que todos os idosos são portadores de doenças crônicas. O trabalho de Nóbrega *et al.* (2012), porém, concluiu que existe depressão mais significativa em residentes com quatro ou mais doenças crônicas.

Tabela 7

Relação entre doença crônica não transmissível e depressão nos idosos institucionalizados no Lar São Francisco (N = 27)											
QN	Quantidade de doença crônica não transmissível				Total	p*					
	1 DC		2 DC				3 DC		≥ 4 DC		
	f	(%)	f	(%)			f	(%)	f	(%)	
	3	(11,12)	7	(25,93)	4	(14,82)	2	(7,40)	16	(59,27)	0,692

DLM	2 (7,40)	2 (7,40)	5 (18,53)	1 (3,70)	10 (37,03)
DG	0	0	1 (3,70)	0	1 (3,70)
Total	5 (18,52)	9 (33,33)	10 (37,05)	3 (11,10)	27 (100)

*Teste qui-quadrado. Nota: QN: quadro normal; DLM: depressão leve/ moderada; DG: depressão grave; DC: doença crônica.

Nesta pesquisa não houve significância estatística que afirma mesmo dado do estudo ($p = 0,692$), conforme Tabela 7. Entretanto, pode-se haver relação no aumento da prevalência de depressão em idosos institucionalizados portadores de quatro ou mais doenças crônicas, associadas, simultaneamente, a outros fatores como polifarmácia com uso de ansiolíticos e antipsicóticos, aumento de dependência funcional e auto avaliação ruim, conforme cita Nóbrega *et al.* (2012).

6 CONCLUSÃO

Com o aumento do envelhecimento no Brasil, o IBGE aponta que, em 2025, a população idosa pode alcançar 32 milhões de pessoas. Faz-se, portanto, essencial aprofundar os estudos nesse público

Todos os idosos da pesquisa portam, no mínimo, uma doença crônica não transmissível. A mais prevalente é Hipertensão Arterial Sistêmica, correspondendo a 34,33%, seguido de Doença de Alzheimer e Acidente Vascular Encefálico, ambos com prevalência em 11,94%. Não houve relação estatística entre quantidade de doença crônica não transmissível e depressão ($p = 0,692$).

A maioria dos idosos (62,94%) faz uso de medicação psicotrópica, embora não houve relevância estatística entre quantidade de medicação psicotrópica em uso e a depressão ($p = 0,775$).

A literatura demonstra que mulheres tem mais prevalência de depressão que homens. Apesar deste estudo não concluir o mesmo ($p = 0,248$), demonstrou haver relação da idade com depressão ($p < 0,001$), ou seja, o avançar da idade é fator de risco para o desenvolvimento de depressão nos idosos institucionalizados.

No quesito depressão, 11 (40,74%) idosos preencheram os requisitos diagnósticos na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage reduzida, sendo 10 (37,04%) depressão leve a moderada e 1 (3,70%) idoso para depressão grave.

Quanto à dor, 15 (55,56%) idosos confirmaram senti-la no momento da entrevista, sendo 11 (73,34%) idosos com padrão contínua, 3 (20%) idosos com padrão de dor rítmicas e 1 (6,66%) idoso com padrão breve.

A relação depressão e dor ocorreu em 9 (33,34%) idosos, sendo estatisticamente relevante ($p = 0,023$). Assim, a presença de dor, especialmente de padrão contínua, potencializa os sinais da depressão, o que resulta em maior incapacidade e perda de qualidade de vida na velhice. Desse modo, estudo das características da dor associados à depressão deverão ser mais explorados nesse público.

A saúde do idoso é um amplo campo para produção do conhecimento. Este estudo colabora para o embasamento de elaboração de políticas públicas de saúde protetivas do idoso, envolvendo condições de funcionamento, qualidade dos serviços oferecidos e qualificação das práticas profissionais, a fim de prevenir a depressão, ofertar qualidade de vida, segurança e respeito aos idosos residentes.

7 REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. A. *et al.* Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 785–796, 2013.

ANSIEDAD, B. *et al.* Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 175–191, 2016.

BRASIL. Resolução **RDC** nº 283, de 26 de setembro de 2005. - Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Órgão emissor: **ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 2006.

RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 232–235, 2010.

CARDOSO, C. *et al.* Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiatr**, v. 13, p. 75–82, 2006.

CASTRO, K. V. B. DE *et al.* Fisiomotricidade e limiares de dor: efeitos de um programa de exercícios na autonomia funcional de idosas osteoporóticas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 2010.

COELHO, M. A. G. *et al.* Perfil de idosos do município de Itaúna/MG e influência da atividade física na dor crônica e na capacidade funcional TT - *Profile of elderly in Itaúna/MG and influence of physical activity on chronic pain and functional capacity*. **Fisioter. Bras**, v. 12, n. 2, p. 94–99, 2011.

COSTA, C. *et al.* Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 293-300, 2017.

CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 120–124, 2011.

FABER, L.M.; SCHEICHER, M.E.; SOARES, E. Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 195-210, 2017.

FIGUEIREDO, V. F. DE *et al.* Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 549–557, 2013.

FREIRE, H. S. S.; OLIVEIRA, A. K. S.; NASCIMENTO, M. R. F.; CONCEIÇÃO, M. S.; NASCIMENTO, C. E. M.; ARAÚJO, P. F.; LIMA, T. M. Aplicação da Escala de depressão geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência BDEF - Enfermagem, 2018.

GUIMARÃES, L. A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3275-3282, 2019.

GÜTHS, J. F. DA S. *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175–185, 2017.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575–3584, 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019. Resultado dos **Dados Preliminares do Censo – 2010**. www.ibge.gov.br/cidade@

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Região Nordeste. Brasília: Ipea, 2008.

JÚNIOR, G. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos institucionalizados com e sem sinais de depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 135-141, 2019.

LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, p. 1–7, 2016.

MARASCHIN, R. *et al.* Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosos: etiologia em revisão. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 4, p. 627–639, 2010.

NG, S. K. *et al.* *The Relationship between Structural and Functional Brain Changes and Altered Emotion and Cognition in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review of MRI and fMRI Studies*. [s.l.: s.n.].

NÓBREGA, I.R.A.P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Revista Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p.536-550, 2015.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 30, n.3, p.473-83, 1996.

RAMOS, F. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idoso. **Electronic Journal Collection Health**, v. 19, n. 2178–2191, p. 1–8, 2017.

REIS, L. A.; TORRES, G. DE V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 274–280, 2017.

RIBEIRO, D. S. *et al.* Prevalence of chronic pain and analysis of handgrip strength in institutionalized elderly. **BrJP**, v. 2, n. 3, p. 242-246, 2019.

RIVERA, M. *et al.* Associations of major depressive disorder with chronic physical conditions, obesity and medication use: Results from the PISMA-ep study. **European Psychiatry**, v. 60, p. 20–27, 2019.

SAINTRAIN, M. V. L. *et al.* Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2018.

SILVA, R. E. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v.46, n. 6, p. 1387-1393, 2012.

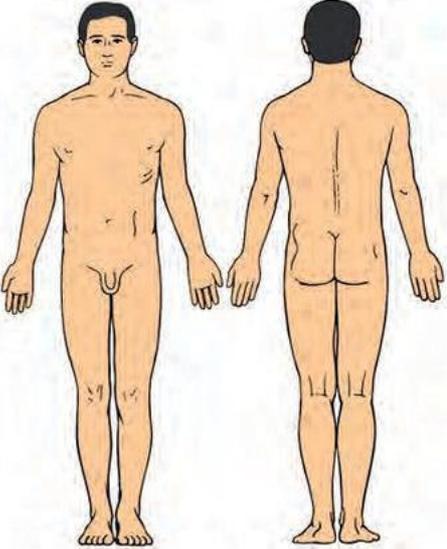
SOUZA, A. P. P. Prevalência de Depressão em Idosos Institucionalizados e sua Relação ao Suporte Familiar. **Psicologado**, [S.l.], 2016.

8 ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – Escala de Depressão geriátrica de Yesavage reduzida

PERGUNTA	SIM	NÃO
Você está satisfeito com sua vida?	0	1
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
Você sente que sua vida está vazia?	1	0
Você se aborrece com frequência?	1	0
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
Você se sente cheio de energia?	0	1
Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0
PONTUAÇÃO TOTAL		
0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal.	6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve	11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa.

ANEXO II – Questionário da dor de McGill.

<p>Nome do Paciente _____ Idade _____ Registro N°. _____ Data _____ Especialidade Clínica (p. ex., cardíaco, neurológico) _____ Diagnóstico _____</p> <p>Analgésico (caso esteja usando): 1. Nome _____ 2. Dosagem _____ 3. Há quanto tempo foi administrado em relação a esse teste _____</p> <p>Nível intelectual do paciente: circule o número que melhor represente a estimativa. 1 (baixo) 2 3 4 5 (alto)</p> <p>Esse questionário foi formulado para nos informar mais sobre a sua dor. As quatro questões principais que faremos são:</p> <ol style="list-style-type: none"> Onde está sua dor? Como ela é? Ela mudou com o passar do tempo? Qual é a sua intensidade? <p>É importante que você nos informe como a sua dor está no momento. Por favor, siga as instruções no início de cada parte.</p>	<p>Parte 2. Como é a sua dor?</p> <p>Algumas das palavras abaixo descrevem a sua dor atual. Circule SOMENTE aquelas palavras que melhor a descrevem. Ignore qualquer categoria na qual não seja aplicável. Utilize somente uma única palavra em cada uma das categorias — a que se aplica melhor.</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>11</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Vibração</td> <td>Fisgada</td> <td>Cansativa</td> <td>Chata</td> </tr> <tr> <td>Tremor</td> <td>Puxão</td> <td>Exaustiva</td> <td>Que incomoda</td> </tr> <tr> <td>Pulsante</td> <td>Em torção</td> <td>12</td> <td>Desgastante</td> </tr> <tr> <td>Latejante</td> <td>7</td> <td>Enjoada</td> <td>Intensa</td> </tr> <tr> <td>Como batida</td> <td>Calor</td> <td>Sufocante</td> <td>Insuportável</td> </tr> <tr> <td>Como pancada</td> <td>Queimação</td> <td>13</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Fervente</td> <td>Amedrontadora</td> <td>Espalha</td> </tr> <tr> <td>Pontada</td> <td>Em brasa</td> <td>Apavorante</td> <td>Irradia</td> </tr> <tr> <td>Choque</td> <td>8</td> <td>Aterrorizante</td> <td>Penetra</td> </tr> <tr> <td>Tiro</td> <td>Formigamento</td> <td>14</td> <td>Atravessa</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Coceira</td> <td>Castigante</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Agulhada</td> <td>Ardor</td> <td>Atormenta</td> <td>Aperta</td> </tr> <tr> <td>Perfurante</td> <td>Ferroadada</td> <td>Cruel</td> <td>Adormece</td> </tr> <tr> <td>Facada</td> <td>9</td> <td>Maldita</td> <td>Repuxa</td> </tr> <tr> <td>Punhalada</td> <td>Mal localizada</td> <td>Mortal</td> <td>Espreme</td> </tr> <tr> <td>Em lança</td> <td>Dolorida</td> <td>15</td> <td>Rasga</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Machucada</td> <td>Miserável</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Fina</td> <td>Doída</td> <td>Enlouquecedora</td> <td>Fria</td> </tr> <tr> <td>Cortante</td> <td>Pesada</td> <td>10</td> <td>Gelada</td> </tr> <tr> <td>Estraçalhada</td> <td>5</td> <td>Sensível</td> <td>Congelante</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Beliscão</td> <td>Esticada</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Aperto</td> <td>Esfolante</td> <td>Rachando</td> <td>Aborrecida</td> </tr> <tr> <td>Mordida</td> <td>Cólica</td> <td>Esmagamento</td> <td>Dá náusea</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Agonizante</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pavorosa</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Torturante</td> </tr> </table>	1	6	11	16	Vibração	Fisgada	Cansativa	Chata	Tremor	Puxão	Exaustiva	Que incomoda	Pulsante	Em torção	12	Desgastante	Latejante	7	Enjoada	Intensa	Como batida	Calor	Sufocante	Insuportável	Como pancada	Queimação	13	17	2	Fervente	Amedrontadora	Espalha	Pontada	Em brasa	Apavorante	Irradia	Choque	8	Aterrorizante	Penetra	Tiro	Formigamento	14	Atravessa	3	Coceira	Castigante	18	Agulhada	Ardor	Atormenta	Aperta	Perfurante	Ferroadada	Cruel	Adormece	Facada	9	Maldita	Repuxa	Punhalada	Mal localizada	Mortal	Espreme	Em lança	Dolorida	15	Rasga	4	Machucada	Miserável	19	Fina	Doída	Enlouquecedora	Fria	Cortante	Pesada	10	Gelada	Estraçalhada	5	Sensível	Congelante	5	Beliscão	Esticada	20	Aperto	Esfolante	Rachando	Aborrecida	Mordida	Cólica	Esmagamento	Dá náusea				Agonizante				Pavorosa				Torturante
1	6	11	16																																																																																																										
Vibração	Fisgada	Cansativa	Chata																																																																																																										
Tremor	Puxão	Exaustiva	Que incomoda																																																																																																										
Pulsante	Em torção	12	Desgastante																																																																																																										
Latejante	7	Enjoada	Intensa																																																																																																										
Como batida	Calor	Sufocante	Insuportável																																																																																																										
Como pancada	Queimação	13	17																																																																																																										
2	Fervente	Amedrontadora	Espalha																																																																																																										
Pontada	Em brasa	Apavorante	Irradia																																																																																																										
Choque	8	Aterrorizante	Penetra																																																																																																										
Tiro	Formigamento	14	Atravessa																																																																																																										
3	Coceira	Castigante	18																																																																																																										
Agulhada	Ardor	Atormenta	Aperta																																																																																																										
Perfurante	Ferroadada	Cruel	Adormece																																																																																																										
Facada	9	Maldita	Repuxa																																																																																																										
Punhalada	Mal localizada	Mortal	Espreme																																																																																																										
Em lança	Dolorida	15	Rasga																																																																																																										
4	Machucada	Miserável	19																																																																																																										
Fina	Doída	Enlouquecedora	Fria																																																																																																										
Cortante	Pesada	10	Gelada																																																																																																										
Estraçalhada	5	Sensível	Congelante																																																																																																										
5	Beliscão	Esticada	20																																																																																																										
Aperto	Esfolante	Rachando	Aborrecida																																																																																																										
Mordida	Cólica	Esmagamento	Dá náusea																																																																																																										
			Agonizante																																																																																																										
			Pavorosa																																																																																																										
			Torturante																																																																																																										
<p>Parte 1. Onde é a sua dor?</p> <p>Por favor, marque na figura abaixo a área onde você sente a dor. Coloque E, caso seja uma dor externa ou I, caso seja uma dor interna. Coloque EI caso a dor seja tanto externa quanto interna.</p> 	<p>Parte 3. A dor com o passar do tempo?</p> <p>1. Qual(is) palavra(s) você utilizaria para descrever o <i>padrão</i> da sua dor?</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Contínua</td> <td>Ritmica</td> <td>Breve</td> </tr> <tr> <td>Estável</td> <td>Periódica</td> <td>Momentânea</td> </tr> <tr> <td>Constante</td> <td>Intermitente</td> <td>Transitória</td> </tr> </table> <p>2. Que tipo de coisas promove o <i>alívio</i> da sua dor?</p> <p>3. Que tipo de coisas <i>umenta</i> a sua dor?</p>	1	2	3	Contínua	Ritmica	Breve	Estável	Periódica	Momentânea	Constante	Intermitente	Transitória																																																																																																
1	2	3																																																																																																											
Contínua	Ritmica	Breve																																																																																																											
Estável	Periódica	Momentânea																																																																																																											
Constante	Intermitente	Transitória																																																																																																											
<p>Parte 4. Qual é a intensidade da sua dor?</p> <p>Sugerimos que as cinco palavras seguintes representam a intensidade crescente da sua dor. Elas são:</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>Desconfortável</td> <td>Agonizante</td> <td>Horrível</td> <td>Lacerante</td> </tr> </table> <p>Para responder cada questão abaixo, escreva o número da palavra mais apropriada no espaço ao lado da pergunta.</p> <ol style="list-style-type: none"> Qual palavra descreve sua dor no momento? _____ Qual palavra descreve sua dor mais intensa? _____ Qual palavra descreve o seu último episódio de dor? _____ Qual palavra descreve a pior dor de dente que você já teve? _____ Qual palavra descreve a pior dor de cabeça que você já teve? _____ Qual palavra descreve a pior dor de estômago que você já teve? _____ 	1	2	3	4	5	Leve	Desconfortável	Agonizante	Horrível	Lacerante																																																																																																			
1	2	3	4	5																																																																																																									
Leve	Desconfortável	Agonizante	Horrível	Lacerante																																																																																																									

ANEXO III – Declaração de liberação do local para realização da pesquisa.

Associação Lar São Francisco de Assis

Fundada em 25 de Dezembro de 1976 - CNPJ: 04.488.808/0001-10



Semeando amor e solidariedade

Reg. Lei Ordinária Municipal Nº 1.001/2001.
Reg. CMAS Lei nº 65/01.
Lei de Utilidade Pública Estadual nº 9.354

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que os pesquisadores **RAQUEL LOIOLA GOMES MOREIRA** e **MAYANA CELLY SILVA DO EGITO** estão autorizados a realizar neste estabelecimento o projeto de pesquisa "**RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DOR CRÔNICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**", cujo objetivo geral é "**ANALISAR A INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS DOLOROSOS NO DESENVOLVIMENTO DE SINAIS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.**"

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Atenciosamente,

Francisco Pereira de Lima
Diretor da Associação Lar São Francisco de Assis

04.488.808/0001-10
ASSOCIAÇÃO LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Rua Pará nº 1177 N. Imperatriz
CEP 85.907-130
IMPERATRIZ - MA

Imperatriz-MA, 21 de maio de 2019

ANEXO IV – Liberação da plataforma Brasil

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.717.171

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1399154.pdf	20/11/2019 10:15:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUICAO.pdf	20/11/2019 10:13:32	Raquel Loiola Gomes Moreira	Aceito
Outros	AUTORIZACAOpdf.pdf	18/09/2019 19:57:52	Raquel Loiola Gomes Moreira	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.jpg	18/09/2019 19:54:17	Raquel Loiola Gomes Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/07/2019 16:33:29	Raquel Loiola Gomes Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/07/2019 16:19:16	Raquel Loiola Gomes Moreira	Aceito
Folha de Rosto	documento.pdf	17/07/2019 16:05:41	Raquel Loiola Gomes Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO C – NORMAS REVISTA

1. Revista escolhida para a publicação e Qualis

- Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)
- Qualis B2

2. Escopo e regras da revista escolhida

2.1 Foco e escopo

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) tem como missão contribuir para o desenvolvimento acadêmico da atenção primária à saúde, com ênfase na medicina de família e comunidade.

A RBMFC publica artigos abordando adequadamente questões relevantes para o médico de família e comunidade, bem como para outros profissionais da atenção primária à saúde. Desde que atendam a esse foco, aceitam-se artigos de todo o [espectro da pesquisa em atenção primária](#): básica (desenvolvimento de ferramentas para pesquisa em atenção primária), clínica (visando informar a prática clínica), de serviços de saúde (visando qualificar a atenção à saúde), de sistemas de saúde (visando qualificar políticas e sistemas de saúde) e educacional (visando melhorar a educação na área). A RBMFC não aceita pesquisas envolvendo animais.

Além de publicar pesquisa, a RBMFC também propicia o intercâmbio entre profissionais da atenção primária à saúde, publicando seções como revisões clínicas, casos clínicos, relatos de experiência e perspectivas. Mais informações nas [Políticas de Seção](#).

A RBMFC considera para publicação artigos originais, que não estejam em avaliação por outros periódicos científicos – com a exceção da seção Artigos traduzidos, que só aceita artigos encomendados. Apresentações em congresso (sem revisão por pares) preprints e monografias (trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses) não são considerados publicação prévia.

2.2 DIRETRIZES PARA AUTORES

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao foco e escopo, assim como às outras [políticas editoriais](#) da Revista Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 22 de maio de 2020.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela [LILACS](#), [DOAJ](#), [REDIB](#), [Open Citations Index](#), [Dimensions](#), [Scite](#), [Google Scholar](#) (índice h5) e [PKP Index](#), além de ser listada nos diretórios [Latindex](#), [Diadorim](#), [Periódicos CAPES](#) e [ISSN Portal](#) (ROAD, The Keepers). Na avaliação do quadriênio 2013 a 2016, o sistema [Qualis CAPES](#) classificou a RBMFC como B3 nas áreas de avaliação Enfermagem e Serviço social; B4 em Saúde coletiva, Odontologia, Antropologia e Arqueologia e Interdisciplinar; e B5 em Medicina II.

Em 20189, a RBMFC publicou 10,8% das submissões recebidas, com um tempo médio da submissão à publicação foi de 120,4 dias.

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#). Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das](#)

[Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).

Políticas de Seção

ARTIGOS DE PESQUISA

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver [Dados abertos e reprodutibilidade](#)) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre [Ética em pesquisa](#) e [Dados abertos e reprodutibilidade](#).

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a [licença Creative Commons Atribuição 4.0](#) e identificar-se como veículo de sua publicação original.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Processo de Avaliação pelos Pares

Quando um manuscrito é submetido à RBMFC, ele é avaliado por um editor com relação à adequação ao escopo da revista; adequação às instruções aos autores; ausência de plágio; e qualidade do conteúdo e da redação. Manuscritos adequados ao escopo da revista e às instruções aos autores, sem evidência de plágio (ou outras formas de má conduta acadêmica) e com conteúdo e apresentação razoáveis são encaminhados para revisão por dois ou mais avaliadores *ad hoc*, salvo exceções previstas nas Políticas de Seção.

Os avaliadores *ad hoc* são selecionados pelos editores em função de notório conhecimento nos temas e/ou métodos do manuscrito, bem como bom desempenho na avaliação de manuscritos anteriores. Em linhas gerais, os avaliadores devem ajudar os autores a melhorar seus manuscritos, e ajudar os editores a tomar suas decisões. No entanto, a decisão de publicar um manuscrito compete apenas aos editores, que têm inclusive a liberdade de ocasionalmente desconsiderar uma avaliação e/ou convocar um avaliador adicional.

Na RBMFC, a avaliação dos manuscritos é duplo-cega: os autores não sabem quem são os avaliadores *ad hoc*, e vice-versa. Além disso, um avaliador não sabe quem é o outro. As interações são mediadas pelos editores, os únicos que conhecem a identidade de autores e avaliadores. A comunicação entre editores e avaliadores é sempre realizada através da plataforma eletrônica da RBMFC, cujas mensagens têm instruções passo a passo quando necessário.

Os manuscritos são considerados propriedade dos autores, e os avaliadores trabalham sob confidencialidade, de forma que os avaliadores não devem delegar a avaliação ou discutir o manuscrito com terceiros. Caso o avaliador considere valiosa a opinião de um colega sobre o manuscrito, deve comunicar ao editor para que este convide o colega para também avaliar o manuscrito. A RBMFC não publica nem as avaliações do manuscrito, nem as versões pré-publicação. No entanto, após a decisão editorial, usualmente o editor compartilha com os avaliadores *ad hoc* tanto a decisão editorial quanto as avaliações que lhe deram suporte (mantendo o anonimato dos avaliadores), de forma a um avaliador aprender com o trabalho do outro. Em caso de rejeição, o manuscrito e seu histórico de avaliação são arquivados para futura referência, sem prejuízo a sua submissão a outras revistas.

Desde 2018, o trabalho dos avaliadores é reconhecido por meio da publicação anual do nome e da afiliação institucional dos avaliadores *ad hoc* que atuaram naquele ano. Também é possível solicitar declarações do trabalho prestado.

Pesquisadores interessados em atuar na RBMFC como avaliadores *ad hoc* devem ler o restante das Políticas da RBMFC e entrar em contato com a secretaria executiva da RBMFC.

A avaliação pós-publicação é feita na seção Cartas ao editor.

Caso algum autor queira questionar o parecer de um avaliador, deverá entrar em contato com o editor responsável pelo manuscrito. Caso queira questionar uma decisão editorial, deverá entrar em contato com a secretaria executiva, para que outro editor possa analisar o questionamento.

Conflitos de Interesse

A RBMFC adota a definição do ICMJE para conflito de interesse:

Pode haver conflito de interesses ou viés quando o julgamento profissional sobre um interesse primário (como o bem-estar do paciente ou a validade da pesquisa) puder ser influenciado por um interesse secundário (como ganho financeiro). As percepções de conflito de interesses são tão importantes quanto os conflitos de interesse reais. [...]

As relações financeiras (como emprego, consultoria, propriedade ou opções de ações, honorários, patentes e testemunhos pagos de especialistas) são as mais facilmente identificáveis [...]. Outros interesses também podem representar ou ser percebidos como conflitos, como relacionamentos ou rivalidades pessoais, competição acadêmica e crenças intelectuais. (tradução livre)

Autores devem relatar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando seu trabalho, conforme descrito nas Diretrizes para Autores. Da mesma forma, avaliadores *ad hoc* devem informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando sua opinião sobre o trabalho, e declinar o convite em caso de conflito de interesse significativo. Editores não participam de decisão editorial se tiverem relações ou atividades que possam gerar conflitos relativos ao trabalho em questão; tais submissões são designadas a outros editores, inclusive editores convidados, quando necessário.

Autoria e Colaboração

Conforme definido pelo ICMJE, a autoria de um trabalho se baseia no atendimento a estes quatro critérios:

1. Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do trabalho, ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados; E
2. Elaboração do rascunho do trabalho, ou sua revisão crítica para conteúdo intelectual importante; E
3. Aprovação final da versão a ser publicada; E
4. Concordância em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Qualquer pessoa atendendo aos quatro critérios deve ser listada como autora durante o preenchimento do formulário de submissão. Pessoas atendendo a apenas três ou menos critérios não são consideradas autoras, mas também devem ter sua colaboração reconhecida conforme descrito no Preparo do manuscrito. A correta identificação de quem deve ser listado como autor ou colaborador é responsabilidade coletiva dos autores; não cabe à RBMFC arbitrar conflitos de autoria.

No momento da submissão, os autores deverão declarar o atendimento aos critérios de autoria. Além de ser responsável pelo seu próprio trabalho, cada autor deve ser capaz de identificar a contribuição de cada coautor, e estar confiante na integridade dessas contribuições.

O autor correspondente é responsável pela comunicação com o corpo editorial, e seu endereço de e-mail é listado como contato no artigo final.

Ética em Pesquisa

Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser conduzidas e relatadas em acordo com a Declaração de Helsinque de 2013. Além disso, se realizadas no Brasil, tais pesquisas devem atender à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, ou a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, conforme apropriado; pesquisas realizadas em outros países devem seguir a legislação equivalente aplicável à respectiva jurisdição. Normalmente, isso inclui aprovação da pesquisa por um comitê de ética em pesquisa e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes ou seus representantes.

Os autores devem empreender todos os esforços razoáveis para manter confidencial a identidade dos pacientes ou participantes da pesquisa; não basta cobrir os olhos do paciente com tarjas e/ou utilizar as iniciais do nome. Além disso, a publicação de casos clínicos ou de dados individuais (não agregados) de participantes de pesquisa é condicionada à previsão dessa publicação no TCLE, a não ser que a lei local diga o contrário. Como recomendado pelo *Committee on Publication Ethics*, a RBMFC deixou de exigir que os autores de casos clínicos enviem o TCLE preenchido pelo paciente ou responsável, por entender que a posse pelos autores é a melhor forma de preservar o anonimato do paciente.

Quando aplicável, a obtenção de aprovação ética e/ou consentimento escrito deverá ser informada nos Métodos no próprio manuscrito, conforme descrito em Dados abertos e reprodutibilidade.

Após a publicação de um artigo, eventuais suspeitas de infração ética ou outra forma de má conduta científica deverão ser informadas à secretaria executiva, com todos os detalhes

relevantes, para que os editores possam apurar a suspeita e tomar as devidas providências. Excepcionalmente, os editores-chefes da RBMFC poderão compartilhar, com editores-chefes de outras revistas ou instituições dos autores, informação sobre artigos em avaliação ou publicados se, e na medida em que, isso for necessário para prevenir ou responder a uma suspeita de falha ética ou outra forma de má conduta científica.

Dados abertos e reprodutibilidade

A RBMFC implementa as diretrizes *Transparency and Openness Promotion*. Exceto onde indicado, estas políticas se aplicam aos Artigos de pesquisas.

Padrões de citação. A RBMFC *recomenda* que os conjuntos de dados e códigos de programas utilizados sejam citados no texto e listados na seção de referências, incluindo quando possível um identificador persistente como o *Digital Object Identifier* (DOI). Confira o estilo Vancouver para citação de conjuntos de dados.

Transparência de dados, métodos analíticos e materiais de pesquisa. Desde 1º de janeiro de 2020, artigos de pesquisa empírica (inclusive revisões de literatura sistemáticas) *devem* incluir nos Métodos uma declaração de compartilhamento de dados. (Anteriormente, isso era exigido de ensaios clínicos mas apenas recomendado para outras pesquisas.) Conforme descrito pelo ICMJE, os planos de compartilhamento de dados devem indicar:

- Se dados de participantes anonimizados individuais (incluindo dicionários de dados) serão compartilhados;
- Que dados em particular serão compartilhados;
- Se documentos adicionais relacionados estarão disponíveis, tais como protocolo do estudo, plano de análise estatística, métodos etc. (ver Pré-registro dos planos de análise);
- Quando os dados serão disponibilizados e por quanto tempo;
- Por quais critérios de acesso os dados serão compartilhados, incluindo com quem, para quais tipos de análises, e por qual mecanismo.

A declaração sobre o compartilhamento dos métodos analíticos (código executado pelo programa de estatística) efetivamente utilizados e dos materiais de pesquisa é apenas uma *recomendação* para todos os tipos de pesquisa.

Análises secundárias de ensaios clínicos *devem* atestar nos Métodos a utilização dos dados em conformidade a quaisquer termos acordados por ocasião do recebimento dos dados. Isso é apenas uma recomendação para outros tipos de estudo.

Transparência do projeto e análise. Os autores *devem* relatar pesquisas originais, revisões sistemáticas, casos clínicos e relatos de experiência utilizando diretrizes relevantes listadas na EQUATOR Network. Por exemplo: CONSORT para ensaios controlados randomizados; STROBE para estudos quantitativos observacionais; PRISMA para revisões sistemáticas; COREQ ou SRQR para pesquisa qualitativa; CARE para casos clínicos; SQUIRE para relatos de experiência; bem como as respectivas extensões quando cabíveis. Durante a submissão do manuscrito, os autores deverão confirmar ter utilizado as diretrizes de relato relevantes. Sempre que apropriado, os autores devem citar nos Métodos a diretriz de relato utilizada, para que leitores atuais e futuros possam julgar a adequação dos relatos de acordo com os padrões da época.

Pré-registro de estudos. Ensaios clínicos *devem* ter sido incluídos em um registro público de ensaios clínicos antes do recrutamento do primeiro participante. Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde, considera-se ensaio clínico qualquer pesquisa que designe prospectivamente participantes humanos (individualmente ou em grupo) para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos sobre desfechos relativos à saúde. Aceitam-se como registros públicos de ensaios clínicos o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos e outros integrantes primários da International Clinical Trials Registry Platform, além do ClinicalTrials.gov. O número de inscrição no registro deverá constar no resumo e nos métodos do ensaio clínico.

O registro prévio de estudos observacionais (nos registros públicos listados acima) ou revisões sistemáticas (PROSPERO) não é atualmente exigido, mas é *recomendado* e deve ser mencionado quando feito.

Pré-registro dos planos de análise. A RBMFC *recomenda* que os autores indiquem na seção Métodos do manuscrito se a pesquisa conduzida foi ou não pré-registrada com um plano de análise em um repositório institucional independente como Open Science

Framework ou ClinicalTrials.gov. A inclusão de um plano de análise envolve a especificação da sequência de análises ou o modelo estatístico que será reportado. Caso os autores tenham feito pré-registro da pesquisa, eles *devem*:

1. Citar nos Métodos o plano de análise pré-registrado;
2. Relatar as análises pré-registradas ou, em caso de alteração nas mesmas, descrever e justificar as mudanças;
3. Claramente distinguir no texto análises pré-registradas das não pré-registradas, assim como separar nos resultados as análises confirmatórias das exploratórias.

Estudos de replicação. A RBMFC *recomenda* a submissão de estudos de replicação, particularmente de pesquisa previamente publicada neste periódico.

Periodicidade

Desde 2016, a RBMFC publica seus artigos de forma contínua. Nesse formato, cada artigo é publicado assim que é aprovado e editado, sem esperar o fechamento de uma edição. Com a exceção dos suplementos, todos os artigos são publicados em um único número por ano.

Política de Acesso Livre

A RBMFC publica todos os seus artigos imediatamente (sem embargo) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional. Essa forma de acesso livre é denominada “via dourada”, ou então “via platina” ou “via diamante” para enfatizar o fato de o periódico não cobrar taxa de submissão ou publicação.

Naturalmente, os autores são livres para arquivar em repositórios pessoais institucionais não apenas o manuscrito (como na “via verde”), mas também a versão final do artigo (categoria “verde” do Diadorim).

Arquivamento

Desde dezembro de 2019, a RBMFC é preservada digitalmente pela Rede Cariniana. Até novembro de 2019, a preservação digital era feita pela PKP Preservation Network. Ambas

as redes utilizam o sistema LOCKSS para criar um sistema de arquivo distribuído entre as bibliotecas participantes.

APÊNDICE I– Identificação do paciente e fatores associados ao luto e abandono e doenças crônicas.

Iniciais do nome: _____ Sexo: _____	
Idade: _____	
Tempo de permanência na instituição em meses: _____	
É portador de doença crônica? () Sim () Não	Se sim, qual(quais)? _____
É diagnosticado com déficit cognitivo ou transtorno mental? () Sim () Não, qual? _____	
Usa medicação psicotrópica? () Sim () Não, se sim, qual(quais)? _____	

**APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DOR CRÔNICA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.**

JUSTIFICATIVA: Justifica-se a aplicação desse trabalho pela provável relação ainda pouco explorada entre a dor crônica e depressão, sendo um possível norteador de tomadas de decisão clínica, maior sensibilidade de diagnóstico e melhor acurácia diagnóstica da depressão em idosos portadores de dor crônica. Portanto, relevante para o melhor cuidado de populações institucionalizadas, notadamente em risco para depressão como supracitado.

OS OBJETIVOS: Analisar a influência dos sintomas dolorosos no desenvolvimento de sinais de depressão em idosos institucionalizados. Identificar o nível de sintomas depressivos na população de idosos residentes da instituição de longa permanência por meio de Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage reduzida. Determinar o nível de queixas algicas nos idosos institucionalizados por meio do questionário da dor de McGill. Avaliar a existência de demais fatores concomitantes aos sintomas depressivos: doenças crônicas e uso de medicação psicotrópica.

OS PROCEDIMENTOS: As informações serão coletadas por meio de entrevista com o participante, sendo realizadas identificação do participante e aplicação de dois questionários validados: Escala de Depressão geriátrica de Yesavage reduzida e Inventário Para Avaliação da Dor de McGill.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: os pacientes podem sentir algum desconforto em ter suas informações coletadas por meio de questionário pela pesquisa. Fica assegurado que o paciente pode desistir assim que achar necessário independente do motivo.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os pacientes terão todo apoio da **NOME DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA**, onde será realizado toda a pesquisa, assim como do pesquisador e do orientador.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os dados de exame clínico, laboratorial, pesquisa, etc. permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina do CCSST da Universidade Federal do Maranhão - UFMA e a outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS

DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Participaram da pesquisa somente pacientes com idade superior a 18 anos e aqueles que tiverem condições independentes para responder as questões.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, _____, fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora **Raquel Loiola Gomes Moreira** e a aluna de medicina **Mayana Celly Silva do Egito** responsáveis pela pesquisa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante **Mayana Celly Silva do Egito** no telefone **(99) 99187-3002** ou a professora orientadora Raquel Loiola Gomes Moreira no telefone **(99) 99110-8180** ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA situado à Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br, telefone (98) 3272-8708.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, _____ de _____ de 2020

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora **Raquel Loiola Gomes Moreira** e a aluna de medicina **Mayana Celly Silva do Egito** responsáveis pela pesquisa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante **Mayana Celly Silva do Egito** no telefone **(99) 99187-3002** ou a professora orientadora Raquel Loiola Gomes Moreira no telefone **(99) 99110-8180** ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA situado à Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br, telefone (98) 3272-8708.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, _____ de _____ de 2020

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------