

**Patrícia Albuquerque de Moura**

**Dor lombar em idosos da cidade de São Paulo: um estudo de prevalência e suas implicações na capacidade funcional**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação  
Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Pompeu

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo**

**2021**

MOURA, PA	Dor lombar em idosos da cidade de São Paulo: um estudo de prevalência e suas implicações na capacidade funcional		MESTRADO FMUSP 2021
-----------	--	--	---------------------------

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Moura, Patrícia Albuquerque de  
Dor lombar em idosos da cidade de São Paulo : um  
estudo de prevalência e suas implicações na  
capacidade funcional / Patrícia Albuquerque de  
Moura. -- São Paulo, 2021.  
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Ciências da Reabilitação.  
Orientador: José Eduardo Pompeu.

Descritores: 1.Dor lombar 2.Idoso 3.Prevalência  
4.Desempenho funcional

USP/FM/DBD-202/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Este trabalho está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento.

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Nome: Patrícia Albuquerque de Moura

Título: Dor lombar em idosos da cidade de São Paulo: um estudo de prevalência e suas implicações na capacidade funcional

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 22/09/2021.

Banca examinadora:

Prof Dr: José Eduardo Pompeu

Instituição: Universidade de São Paulo

Orientador - Presidente da banca

Profa Dra: Ana Carolina Basso Schimitt

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Profa Dra: Erika Christina Gouveia e Silva

Instituição: Universidade de Guarulhos

Julgamento: Aprovado

Profa Dra: Julia Maria D Andrea Greve

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

## AGRADECIMENTOS

Estes anos investidos no mestrado me permitiram aprender e ressignificar valores de vida. Sou extremamente grata por todo o processo, e pelas pessoas que me ajudaram a vivê-lo.

Aos meus pais, que deram inclusive o que não tinham para que eu tivesse uma boa formação acadêmica e, acima de tudo, humanizada e justa.

À minha irmã, que não mede esforços para me entender e me apoiar. Poder tê-la ao meu lado me dá segurança e força.

Ao meu companheiro, tão sonhador quanto batalhador. Com imenso carinho, me faz acreditar mais em mim todos os dias.

Aos meus amigos, que tornaram a caminhada mais leve.

Ao meu orientador, que desde o princípio compreendeu que a minha trajetória seria diferente de alguns orientandos. Trabalhar e fazer o mestrado seria, e foi, árduo. No entanto, ele sempre me apoiou, mesmo nos momentos mais difíceis.

A toda equipe que participou deste desafio de entrevistar tantos indivíduos, sem medir esforços para que isso se concretizasse.

Aos idosos, que se dispuseram a conversar com os entrevistadores sobre muitas questões de suas vidas, e que viram na pesquisa uma porta para ter melhor compreendidas suas dores e dificuldades cotidianas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivos primários.....	12
2.2 Objetivos secundários.....	12
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
4 RESULTADOS.....	15
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONCLUSÃO.....	27
ANEXOS.....	28
REFERÊNCIAS.....	39

## RESUMO

Moura PA. *Dor lombar em idosos da cidade de São Paulo: um estudo de prevalência e suas implicações na capacidade funcional* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

**INTRODUÇÃO:** O Brasil vivencia um processo de transição demográfica, onde as doenças mais prevalentes deixaram de ser infectocontagiosas, e passam a ser crônico-degenerativas. A dor lombar (DL), neste contexto, tem evidência como aspecto de implicação em funcionalidade. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Estimar a prevalência de DL e suas implicações funcionais em idosos da cidade de São Paulo. **MÉTODOS:** A amostra foi composta por 710 idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, abordados em centros de referência ao idoso. Foram aplicados questionários para a coleta de dados demográficos (como sexo e escolaridade), clínicos (como antecedentes pessoais e autoclassificação de saúde), de avaliação de dor (escala numérica de dor) e funcionalidade (Questionário de Incapacidade de Roland Morris) de modo a acessar aspectos sociais, dor e os comprometimentos funcionais devido a ela. Variáveis demográficas e clínicas foram descritas utilizando média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo interquartil, números absolutos e porcentagens. Todos os dados tiveram suas distribuições avaliadas com o teste de Kolmogorov-Sminorv; o teste de Mann-Whitney foi utilizado para as comparações entre os grupos DL e sem DL (SDL) e o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para analisar a correlação entre a pontuação no Questionário de Incapacidade Roland Morris e a escala numérica de dor. **RESULTADOS:** A prevalência de dor lombar encontrada foi de 74,4%. Houve diferença estatística entre os grupos SDL e DL quanto a sexo e impacto nas atividades sociais. Entre os indivíduos com DL, 69% foram classificados com menor incapacidade funcional (MIF). Entre os grupos MIF e incapacidade funcional (IF) foi possível identificar diferença nas variáveis cor, atividade física, auto relato de saúde e impacto nas atividades sociais. Ainda, aponta prevalência maior de DL em indivíduos pardos, casados, trabalhadores dos setores de bens e serviços, e sentem ligeiro impacto em atividades sociais por conta da dor. O grupo de idosos com DL e incapacidade funcional é de maioria feminina, parda, primeiro grau incompleto, casado, com baixa renda, fisicamente ativos, com autorrelato de saúde regular, moderado impacto social, e trabalho com serviços e comércio. As respostas ao Roland Morris podem estar associadas a um comportamento auto protetor não limitante de atividades de vida diária; e também com resiliência. **CONCLUSÃO:** A prevalência de DL nos idosos da cidade de São Paulo encontrada foi alta. Os idosos com DL apresentaram, em sua maioria, baixa limitação funcional devido à dor e relataram não deixar de realizar suas tarefas diárias e evitar se submeterem a situações de maior risco.

Descritores: Dor lombar; Idoso; Prevalência; Desempenho funcional.

## ABSTRACT

Moura PA. *Low back pain in older people in the city of Sao Paulo: a cross-sectional study of prevalence and its implications for functional capacity* [dissertation]. Sao Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2021.

**INTRODUCTION:** Brazil is experiencing a process of demographic transition, where the most prevalent diseases are no longer infectious and become chronicdegenerative. Low back pain (LBP), in this context, has evidence as an aspect of implication in functionality. **OBJECTIVE:** To identify the prevalence of LBP and its functional implications in older people in the city of São Paulo. **METHODS:** The sample consisted of 710 older people aged 60 years and over, of both genders, approached in reference centers for the older. Questionnaires were applied to collect demographic data (such as gender and education), clinical data (such as personal history and self-rating of health), pain assessment (numerical pain scale) and functionality (Roland Morris Disability Questionnaire) in order to access social aspects, pain and functional impairments due to it. Demographic and clinical variables were described using mean, standard deviation (SD), median, interquartile range, absolute numbers and percentages. All data had their distributions evaluated with the KolmogorovSminorv test; the Mann-Whitney test was used for comparisons between the LBP and without LBP (WLBP) groups and the Spearman correlation coefficient was used to analyze the correlation between the Roland Morris Disability Questionnaire score and the numerical pain scale. **RESULTS:** The prevalence of low back pain found was 74.4%. There was a statistical difference between the WLBP and LBP groups regarding gender and impact on social activities. Among individuals with LD, 69% were classified as having lower functional disability (LFD). Between the LFD and functional disability (FD) groups, it was possible to identify differences in the variables color, physical activity, self-reported health and impact on social activities. Still, it points out a higher prevalence of LBP in brown individuals, married, workers in the goods and services sectors, and feel a slight impact on social activities due to pain. The group of older people with LBP and functional disability is mostly female, brown, incomplete elementary school, married, with low income, physically active, with regular selfreported health, moderate social impact, and work with services and commerce. Roland Morris responses may be associated with self-protective behaviour that does not limit daily activities; and also with resilience. **CONCLUSION:** The prevalence of LBP in the older people in the city of Sao Paulo found was high. Older people with LBP had, for the most part, low functional limitation due to pain and reported not to stop performing their daily tasks and to avoid being subjected to higher risk situations.

Keywords: Low back pain; Older people; Prevalence; Functional performance.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir de 1950, seguindo uma tendência global, o Brasil vivencia um processo de transição demográfica, onde se observa aumento expressivo do número de pessoas com 60 anos ou mais, acompanhado de redução das taxas de mortalidade e natalidade<sup>1</sup>.

O índice de envelhecimento (IE) consiste na relação entre indivíduos com 60 anos ou mais e indivíduos com menos de 15 anos de uma região que permite o dimensionamento do ritmo de envelhecimento de uma população. No ano de 2010, o Brasil apresentava IE de 29,55 e a projeção para 2060 é de um IE de 173,47<sup>2</sup>.

Com isso, maiores prevalências deixaram de ser de doenças infectocontagiosas e passam a ser de crônico-degenerativas<sup>3</sup>.

Patrimônio genético, estilo de vida e características ambientais<sup>4</sup> influenciam o desenvolvimento de dor, a qual pode levar implicações funcionais<sup>5</sup>.

Por definição, dor é uma “experiência angustiante associada a lesão tecidual atual ou potencial com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais”<sup>6</sup>. Pode ter diversas origens e sua prevalência na população de idosos brasileiros é de 51% a 67%<sup>7</sup>.

A dor pode ser categorizada em dor aguda (acometimento inferior a 4 semanas), subaguda (4 a 12 semanas) e crônica (12 semanas ou mais)<sup>8</sup>. Segundo as teorias mais atuais, a dor aguda prolongada promove alterações dentro e fora do sistema nervoso central, podendo gerar a dor crônica<sup>6</sup>. A persistência da dor por 3 meses ou mais a caracterizada como crônica<sup>9</sup>.

Apesar de altamente prevalente, a dor não deve ser considerada fator inerente ao envelhecimento. Ela sempre se deve a alguma doença, mesmo que de difícil acesso ou diagnóstico<sup>10</sup>.

Se vista como natural, a dor pode ser subnotificada, dificultando o processo de compreensão dos aspectos demográficos e clínicos que envolvem o quadro álgico<sup>10</sup>.

Os idosos, por exemplo, podem subnotificar a dor por receio de serem vistos de maneira negativa por familiares ou profissionais da saúde, como se suas queixas não fossem reais, ou criarem o receio de serem vistos como pessoas com múltiplas queixas<sup>11</sup>.

A dor é causa frequente de morbidade, uma vez que impõe restrições à funcionalidade dos idosos em diferentes proporções, podendo influenciar inclusive em transferências posturais, como a adoção do ortostatismo a partir da posição sentada<sup>12</sup>.

A literatura aponta uma tendência de que indivíduos com dor evitam realizar atividades, e tem redução de capacidade funcional, mas não sinaliza a dor como fator direto de dependência<sup>7</sup>.

Entre as ferramentas comumente utilizadas para avaliação de dor em idosos é possível elencar as seguintes: a) escalas com descritores verbais, que descrevem subjetivamente a dor; b) a escala numérica de dor, que classifica a dor entre valores de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 a maior dor já sentida; e c) escala visual analógica, que se vale de imagens para retratar a dor vivenciada<sup>13</sup>.

Além das ferramentas relacionadas diretamente à dor é possível avaliar o impacto funcional que a dor gera em idosos, por meio de ferramentas que compreendam como as atividades básicas (ABVDs) e instrumentais de vida diária (AIVDs) estão sendo realizadas, e se o indivíduo precisa de auxílio para realizar alguma delas<sup>14</sup>.

A dor crônica em idosos associa-se ao comprometimento na execução das AVDs, perda de condicionamento físico e alterações nos padrões de marcha<sup>15</sup>.

No entanto, a identificação e o tratamento da dor crônica continuam aquém das reais demandas da população idosa, acolhendo porcentagens baixas das queixas<sup>16</sup> de uma população que, segundo o último Censo Demográfico (2010)<sup>17</sup>, representava 11,9% de todos os paulistanos.

Segundo o estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento)<sup>7</sup>, realizado com idosos residentes em São Paulo, há associação entre dor crônica, prevalente em 29,7% dos idosos, e piores desempenhos em ABVDs, AIVDs e mobilidade, o que pode levá-los ao isolamento social, piorando ainda mais suas estratégias físicas. Este mesmo estudo apontou maior prevalência de dor crônica lombar e em membros, de intensidade moderada (45,8%) ou forte (46%), limitadora de ABVDs, AIVDs e mobilidade.

Dentre as dores relatadas na população idosa, a dor lombar (DL) está elencada como uma das principais, prevalente em 31% dos indivíduos com mais de 60 anos de países com baixa e média renda<sup>18</sup>.

Aspectos fundamentais relacionados à dor lombar são a incapacidade funcional e redução na qualidade de vida. Indicadores demográficos, condições laborais<sup>19</sup>, doenças prévias e fatores biopsicossociais podem contribuir para seu aparecimento, mostrando seu caráter multifatorial<sup>20, 21, 22, 23, 24</sup>.

Além do impacto ao indivíduo, a DL está associada aos elevados custos com os cuidados de saúde, redução de produtividade, absenteísmo e indenizações previdenciárias por invalidez, mostrando que seus impactos também invadem a esfera socioeconômica<sup>25</sup>, prejudicando principalmente os indivíduos mais velhos<sup>26, 27, 28, 29</sup>.

Vale ressaltar, ainda, que o aumento de custos de tratamento não necessariamente é acompanhado de melhora nos desfechos funcionais dos indivíduos<sup>30</sup>.

Dessa forma, identificar precocemente a DL permite aos indivíduos serem referenciados adequadamente aos diferentes níveis de atenção e estratégias de promoção de saúde, além de reduzir impactos econômicos e otimizar os fluxos de atendimentos de serviços de saúde<sup>31</sup>.

A prevalência de DL deve aumentar, juntamente com o avanço da idade, mas trabalhos com amostras representativas em idosos são escassos, e possuem limitações como recrutamento de idosos apenas em serviços terciários; coleta de dados em prontuários e imprecisão da região anatômica do relato de dor<sup>32,33,34</sup>.

A atual ausência de compreensão das características dos idosos com DL pode sujeitar os indivíduos a abordagens profiláticas e tratamentos que não trazem efeitos clínicos benéficos e seguros<sup>35,36</sup>.

É imperativo melhorar a compreensão das variáveis associadas a dor, bem como os aspectos funcionais, demográficos e clínicos<sup>27</sup> relacionados, uma vez que são norteadores de avaliação e manejo algíco acurados e assertivos<sup>29,37</sup>.

O presente estudo tem como objetivo suprir a lacuna presente na literatura por informações mais precisas a respeito da prevalência de dor lombar e seus impactos funcionais em idosos da cidade de São Paulo, através de amostra de idosos residentes em diversas regiões, de modo a contribuir tanto com idosos, quanto com gestores e profissionais de saúde que os assistem.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo primário:

Medir a prevalência e implicações funcionais da dor lombar na população idosa da cidade de São Paulo.

### 2.2 Objetivos secundários:

- Analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos;
- Analisar como os idosos com dor lombar auto relatam sua saúde;
- Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos com dor lombar segundo sua classificação de funcionalidade (menor incapacidade funcional ou incapacidade funcional);
- Analisar a correlação entre a dor lombar e a incapacidade funcional de idosos.

Este trabalho é parte de um estudo multicêntrico intitulado "Prevalência de dor lombar em idosos de diferentes populações brasileiras", que contempla as mesmas avaliações em diferentes cidades brasileiras. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08/06/2016 (nº 189/16) (Anexo A).

## 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Nas entrevistas realizadas foram aplicados questionários. Inicialmente foi aplicado um questionário demográfico (ANEXO D), incluindo variáveis como sexo, idade e estado civil; socioeconômicas (classe econômica); hábito (nível de atividade física com uma pergunta extraída do *International Physical Activity Questionnaire* adaptado - IPAQ adaptado<sup>39</sup>) e ocupacionais.

Foi apresentada uma figura da região anatômica da coluna lombar (ANEXO E), de modo a evitar erros de interpretação quanto ao foco dos questionamentos.

Indivíduos com dor lombar crônica (presença de dor lombar nos últimos 3 meses, para evitar o viés de recordação/memória<sup>40</sup>) progrediram no questionário, informando intensidade; além de fornecerem informações sobre sua funcionalidade.

A *Pain Numerical Rating Scale*<sup>41</sup> (anexo F) é instrumento padrão em estudos<sup>42,43,44</sup> sobre dor crônica que mensura a intensidade de dor de 0 a 10, onde 0 implica em ausência de dor, e 10 é empregado para a maior dor que o indivíduo já sentiu em sua vida.

O Questionário de Incapacidade de Roland Morris<sup>45</sup> (anexo G) é utilizado para avaliar a incapacidade funcional resultante da dor lombar. É composto por 24 perguntas que apresentam situações cotidianas, incluindo atividades básicas e instrumentais de vida diária, além de situações de dependência de terceiros para executá-las. A pontuação varia de 0 (sem incapacidade funcional) a 24 (incapacidade funcional severa). O ponto de corte é 14, onde indivíduos com  $\leq 14$  pontos possuem incapacidade funcional<sup>46</sup>.

Foi realizada uma pergunta extraída do questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*)<sup>47</sup> - *Durante as últimas quatro semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?* - com o objetivo de mensurar o quanto os aspectos físicos e emocionais interferem nas relações sociais (anexo D);

Por fim, foi solicitado o auto relato de estado de saúde, uma vez que este consiste em uma ferramenta de compreensão multidimensional da própria saúde, e é capaz de incluir aspectos subjetivos, como a resiliência<sup>48</sup>.

Todas as escalas e questionários já foram traduzidos e adaptados para o Português-Brasileiro e testadas suas propriedades clinimétricas<sup>46,49, 50, 51</sup>.

Todos os instrumentos utilizados foram disponibilizados em Formulários do “Google”. Esta medida objetivou agilidade na coleta e diminuição de erros de preenchimento, uma vez que tal ferramenta, quando configurada, não permite ao pesquisador salvar um questionário sem que o mesmo esteja preenchido por completo.

Todo o questionário teve um tempo total de aplicação de aproximadamente 30 minutos, com discreta variação entre os participantes. O tempo total de coleta da amostra foi de 24 meses.

Este trabalho se trata de um estudo observacional de prevalência, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (número do parecer: 3.764.371 – Anexo B). Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa após apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido

(ANEXO C). Foi informado, durante a exposição da pesquisa, que não haveria obrigatoriedade na participação ou prejuízo no não consentimento.

Para o cálculo amostral foi utilizada a prevalência de dor lombar citada numa revisão sistemática<sup>38</sup> e a população idosa total da Cidade de São Paulo, segundo informação do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)<sup>17</sup>, de 1.337.111. O cálculo amostral foi realizado adotando-se prevalência média ajustada no último mês de 23.2% ( $p=0,232$ ), precisão de 4% ( $p= 0,04$ ), intervalo de confiança de 95% ( $z= 1,96$ ) e perda amostral de 20% devido a recusas dos pacientes e questionários incompletos. A amostra total calculada do estudo a ser recrutada foi de 513 indivíduos, sendo extrapolada para 710 entrevistados. A equipe de pesquisadores foi composta por um aluno do curso de graduação em Fisioterapia – Universidade Paulista (UNIP), três alunos de pós-graduação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e um aluno de mestrado da Universidade de São Paulo, junto ao Programa Ciências da Reabilitação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Para garantir a fidedignidade na aplicação dos questionários, houve o treinamento de todos os participantes.

Foram incluídos no estudo, com utilização de amostra de conveniência, idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, participantes de atividades de promoção à saúde em centros de referência do idoso. Já os critérios para excluir do estudo foram idosos impossibilitados de responder aos questionários propostos ou que se recusaram a participar.

As entrevistas foram realizadas em quatro regiões da cidade de São Paulo:

- ZONA NORTE: Centro de Referência ao Idoso, situado em Rua Voluntários da Pátria, 4301, Santana, São Paulo;
- ZONA LESTE: Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia, situado em Praça Aleixo Monteiro Mafra, 34, São Miguel Paulista, São Paulo;
- ZONA OESTE: Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Oeste – com características de centro de convivência - situado em Rua Roma, 466, Lapa, São Paulo;

- ZONA SUL: Núcleo de Convivência do Idoso – Liga Solidária, situado em Avenida Engenheiro Heitor Antônio Eiras Garcia, 5985, Jardim Esmeralda, São Paulo.

Variáveis epidemiológicas e clínicas foram descritas utilizando média, desvio padrão (DP), números absolutos e porcentagens. Todos os dados tiveram suas distribuições avaliadas com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados apresentaram distribuição não-paramétrica, portanto, utilizamos o teste de Mann-Whitney para as comparações entre os grupos com (DL) e sem dor lombar (SDL).

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para compreender se havia correlação entre as variáveis numéricas assimétricas. O nível de significância utilizado foi  $< 0,05$ . Todas as análises estatísticas foram realizadas através do JASP 0.11.1.0.

#### 4. RESULTADOS

Foram entrevistados 710 idosos em quatro regiões da cidade de São Paulo n (%): Zonas Sul (n=180;25,3%), Oeste (n=233; 32,8%), Norte (n=116; 16,3%) e Leste (n=181;25,5%). Eles apresentaram mediana de idade de 73,6 anos (68 - 78); de peso 68 quilos (60,0 – 78,0) e de altura de 1,60 metro (1,5 – 1,7). Com estes dois últimos dados foi possível compreender que esta população possui sobrepeso<sup>50</sup>, com mediana do IMC de 27 (24,0 – 30,0) – tabela 1.

Ainda, sobre a totalidade da amostra, foi possível observar que era de maioria feminina (n=556; 78,3%), branca (n=345; 48,6%), e casada (n=297; 41,8%) – tabela 2.

Entre os 710 indivíduos, a maioria referiu renda individual de até dois salários mínimos (n=466; 65,6%); se declararam ativos (n=344; 48,5%); autorrelataram sua saúde como razoável (n=237; 33,4%), e informaram que de forma nenhuma seus problemas de saúde interferiram em suas atividades sociais (n=335; 47,2%) – tabela 2.

Dos 710 entrevistados, 528 (74,4%) relataram DL nos últimos três meses.

A tabela 3 apresenta informações sobre as atividades laborais, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – 2002 (CBO 2002), dos idosos

entrevistados. É possível observar, que na amostra total a maioria referiu ter trabalhado em setores de serviço e comércio (n=455; 64,3%). Não se observa diferença estatística entre os grupos SDL e DL.

Tabela 1 – Características antropométricas dos participantes

Variáveis contínuas*	Amostra total (n = 710) mediana (II)	SDL (n =182) mediana (II)	DL (n = 528) mediana (II)	p valor	Correlação Rank-Biserial
Idade (anos)	73,0 (68,0-78,0)	74,5 (69,0-79,0)	72,0 (68,0-78,0)	0,102	0,081
Peso (kg)	68,0 (60,0-78,0)	67,1 (59,1-77,0)	68,0 (60,0-78,0)	0,195	-0,064
Altura (m)	1,6 (1,5-1,7)	1,6 (1,5-1,6)	1,6 (1,5-1,6)	0,661	0,022
IMC	27,0 (24,0-30,0)	26,5 (24,0-29,0)	27,0 (24,0-30,0)	0,091	-0,084

\*Teste Mann-Whitney; II, intervalo interquartil (25%–75%)

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

Variáveis nominais**	Amostra total (n = 710)	SDL (n =182)	DL (n = 528)	p valor	C
Sexo n (%)				0,005	0,105
Feminino	556 (78,3)	129 (70,9)	427 (80,9)		
Masculino	154 (21,7)	53 (29,1)	101 (19,1)		
Cor n (%)				0,316	0,081
Amarelo	16 (2,3)	6 (3,3)	10 (1,9)		
Branco	345 (48,6)	96 (52,7)	249 (47,1)		
Indígena	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,2)		
Pardo	205 (28,9)	43 (23,6)	162 (30,7)		
Preto	143 (20,1)	37 (20,3)	106 (20,1)		
Situação conjugal n (%)				0,507	0,068
Casado	297 (41,8)	68 (37,4)	229 (43,4)		
Solteiro	90 (12,7)	27 (14,8)	63 (11,9)		
Viúvo	231 (32,5)	59 (32,4)	172 (32,6)		
União estável	15 (2,1)	4 (2,2)	11 (2,1)		
Divorciado	77 (10,8)	24 (13,2)	53 (10,0)		
Variáveis ordinais	Amostra total (n = 710)	SDL (n =182)	DL (n = 528)	p valor*	CRB
Renda n (%)				0,001	-0,183
Classe A	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,2)		
Classe B	4 (0,6)	2 (1,1)	2 (0,4)		
Classe C	37 (5,2)	16 (8,8)	21 (4,0)		

Continua

Conclusão					
Classe D	148 (20.8)	53 (29.1)	95 (18.0)		
Classe E	466 (65.6)	102 (56.0)	364 (69.0)		
Sem renda	54 (7.6)	9 (4.9)	45 (8.5)		
Nível de atividade física n (%)				0,264	0,052
Sedentário	165 (23.2)	32 (17.6)	133 (25.2)		
Insuficientemente ativo	111 (15.6)	34 (18.7)	77 (14.6)		
Ativo	344 (48.5)	93 (51.1)	251 (47.5)		
Muito ativo	90 (12.7)	23 (12.6)	67 (12.7)		
Autorrelato de saúde n (%)				0,001	0,156
Ruim	60 (8.4)	6 (3.3)	54 (10.2)		
Razoável	237 (33.4)	47 (25.8)	190 (36.0)		
Bom	264 (37.1)	91 (50.0)	173 (32.8)		
Muito bom	101 (14.2)	21 (11.5)	80 (15.2)		
Excelente	48 (6.8)	17 (9.3)	31 (5.9)		
Impacto social devido a problemas físicos e emocionais n (%)				0,001	-0,192
Nenhum	335 (47.2)	110 (60.4)	225 (42.6)		
Pouco	98 (13.8)	26 (14.3)	72 (13.6)		
Moderado	156 (22.0)	20 (11.0)	136 (25.8)		
Muito	87 (12.3)	21 (11.5)	66 (12.5)		
Extremo	34 (4.8)	5 (2.7)	29 (5.5)		
n de doenças mediana (II)	1 (1-3)	1 (1-2)	2 (1-3)	0,001	0,208

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste qui-quadrado; C, coeficiente de contingência; CRB, Correlação Rank-Biserial; II, Intervalo interquartil (25%-75%).

Tabela 3 – Dados sobre as atividades laborais, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – 2002, exercidas por todos os idosos, grupo SDL e DL.

Atividade laboral n(%)	Amostra Total	SDL	DL
Forças armadas, policiais, bombeiros	2 (0,3)	1 (0,5)	1(0,2)
Dirigentes	22 (3,1)	7 (3,9)	15 (2,8)
Ciências e artes	42 (5,9)	11 (6,1)	31 (5,9)
Técnicos de nível médio	79 (11,2)	19 (10,5)	60 (11,4)
Serviços administrativos	46 (6,5)	15 (8,3)	31 (5,9)
Serviços e comércio	455 (64,3)	116 (64,1)	339 (64,4)
Agropecuários, florestais e pesca	26 (3,7)	5 (2,8)	21 (4,0)
Bens e serviços industriais	31 (4,2)	5 (2,7)	26 (5,0)
Serviços de reparação e manutenção	4 (0,6)	2 (1,1)	2 (0,4)

Número total de indivíduos: 707

\* Teste Qui-quadrado (p=0,772)

A tabela 4 mostra a prevalência de dor lombar em variáveis sociodemográficas.

Tabela 4 – Prevalência de dor lombar em variáveis clínicas e demográficas

Variáveis	Prevalência dor lombar (%)	p valor*
Sexo		<b>0,005</b>
Feminino	76,8	
Masculino	65,6	
Raça		0,316
Preto	74,1	
Branco	72,2	
Amarelo	62,5	
Pardo	79,0	
Indígena	100	
Situação conjugal		0,507
Casado	77,1	
Solteiro	70,0	
Viúvo	74,4	
União estável	73,3	
Divorciado	68,8	
Renda individual		0,820
Classe A	100	
Classe B	100	
Classe C	70,3	
Classe D	74,3	
Classe E	74,7	
Sem renda	72,2	
Atividade laboral		0,772
Forças armadas	50,0	
Dirigentes	68,2	
Ciências e artes	73,8	
Técnicos de nível médio	75,9	
Serviços administrativos	67,4	
Serviços e comércio	74,5	
Agropecuários, florestais e pesca	80,7	
Bens e serviços industriais I	84,6	
Bens e serviços industriais II	80,0	
Serviços de reparação e manutenção	50,0	

Número de indivíduos: 530

\*Teste qui quadrado

Dos 528 idosos com DL (tabela 2) nos últimos 3 meses, a maioria era composta por mulheres (n=427; 80,9%), brancas (n=249; 47,1%), com primeiro grau incompleto (n=273; 51,7%), casadas (n=229; 43,4%).

Idosos com DL apresentaram renda de até dois salários mínimos – classe E (n=364; 69,0%); e referiram trabalhar/ter trabalhado nos setores de serviço e comércio (n=339; 64,4%) – tabela 2.

Os que referem sentir DL são, em maioria, fisicamente ativos (n=251; 47,5%), com saúde auto referida razoável (n=190; 36,0%), e acreditam que problemas de ordem física ou emocional não impactam em suas atividades sociais (n=225; 42,6%).

As tabelas 4 e 5 apresentam os idosos com dor lombar em dois grupos: incapacidade funcional (IF) e menor incapacidade funcional (MIF), de acordo com o a nota de corte de 14 do Questionário Roland Morris<sup>46</sup>. De um total de 528 idosos respondedores do questionário, 364 (69%) se enquadravam em MIF.

Foi possível observar diferenças entre os grupos MIF e IF para as variáveis cor, atividade física, autoclassificação de saúde e impacto na vida social.

Os indivíduos pardos, sedentários e com auto relato de saúde como regular são a maior parte dos com IF.

Tabela 5 – Dados demográficos e clínicos de idosos com MIF e IF.

Variável	MIF	IF	P VALOR
Idade (anos) – mediana (II)	72,0 (68,0 – 78,0)	73,5 (69,0 – 79,0)	0,881**
Peso (kg) – mediana (II)	68,0 (61,0 – 78,3)	68,0 (60,0 – 76,0)	0,399**
Altura (m) – mediana (II)	1,6 (1,5 – 1,6)	1,6 (1,5 -1,7)	<0,001**
IMC	27,0 (24,0 – 30,0)	28,0 (24,0 – 31,0)	0,393**
Sexo n(%)			0,348*
Feminino	278 (76,4)	119 (72,6)	
Masculino	86 (23,6)	45 (27,4)	
Cor n(%)			<0,001*
Amarela	8 (2,2)	0 (0,0)	
Branca	189 (52,0)	59 (36,0)	
Indígena	0 (0,0)	0 (0,0)	
Parda	100 (27,5)	63 (38,4)	
Preta	67 (18,4)	42 (25,6)	
Escolaridade n(%)			0,541**
Analfabeto	1 (0,3)	9 (5,5)	
1º Grau Incompleto	201 (55,2)	96 (58,5)	
1º Grau Completo Ou Mais	162 (44,5)	59 (36%)	
Situação conjugal n(%)			0,709*
Casado	152 (41,7)	75 (45,7)	
Solteiro	42 (11,5)	19 (11,6)	
Viúvo	117 (32,1)	53 (32,3)	
União estável	9 (2,5)	2 (1,2)	
Divorciado	44 (12,1)	15 (9,1)	
Renda n(%)			0,351**
Classe A	1 (0,3)	0 (0,0)	
Classe B	2 (0,5)	0 (0,0)	
Classe C	17 (4,7)	4 (2,4)	
Classe D	65 (17,8)	30 (18,3)	
Classe E	247 (67,8)	117 (71,3)	
Sem renda	32 (8,8)	13 (7,9)	
Nível de atividade física n(%)			0,002**
Sedentário	82 (22,5)	51 (31,1)	
Insuficientemente ativo	48 (13,2)	29 (17,7)	
Ativo	180 (49,4)	71 (43,3)	
Muito ativo	54 (14,8)	13 (7,9)	
Auto classificação de saúde n(%)			<0,001**
Ruim	19 (5,2)	35 (21,3)	
Regular	111 (30,5)	79 (48,1)	
Boa	138 (37,9)	35 (21,3)	
Muito boa	69 (18,9)	11 (6,7)	
Excelente	27 (7,4)	4 (2,4)	
Impacto social dos problemas físicos e emocionais n(%)			<0,001**
De forma nenhuma	177 (48,6)	48 (29,2)	
Ligeiramente	57 (15,6)	15 (9,1)	
Moderadamente	87 (23,9)	49 (29,9)	
Bastante	35 (9,6)	31 (18,9)	
Extremamente	8 (2,2)	21 (12,8)	

Número total de indivíduos: 528.

Legenda: mediana; II, intervalo interquartil; med, mediana, IIQ (25% e 75%), intervalo interquartil 25% e 75%. \*Teste Qui-quadrado

\*\* Teste Mann-Whitney

Tabela 6 – Dados de atividade laboral de idosos com MIF e IF.

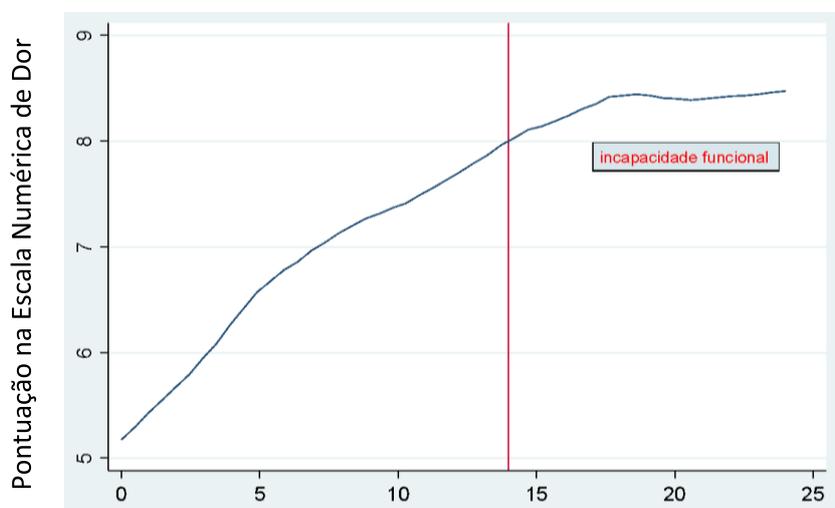
Variável	MIF	IF	p valor
Atividade laboral n(%)			0,299*
Forças armadas, policiais, bombeiros	0 (0,0)	2 (1,2)	
Dirigentes	9 (2,5)	5 (3,0)	
Ciências e artes	21 (5,8)	6 (3,6)	
Técnicos de nível médio	41 (11,3)	14 (8,5)	
Serviços administrativos	23 (6,3)	7 (4,3)	
Serviços e comércio	238 (65,5)	119 (72,6)	
Agropecuários, florestais e pesca	12 (3,3)	7 (4,3)	
Bens e serviços industriais	18 (5,0)	4 (2,4)	
Serviços de reparação e manutenção	1 (0,3)	0 (0,0)	

Número total de indivíduos: 527 (164 idosos com IF e 363 idosos com MIF)

\* Teste Qui-quadrado

\*\* Teste Mann-Whitney

A pontuação do questionário Roland Morris e a escala numérica de dor apresentaram correlação positiva significativa ( $r_s = 0,384$ ;  $p < ,001$ ). Foi possível relacionar o valor referido de dor e a pontuação de corte do Roland Morris (14 pontos ou mais), obtendo o valor de dor 8 ou mais associado à incapacidade funcional.



Pontuação no Questionário Roland Morris. Fonte: os autores.

Gráfico 2: pontuação da escala numérica de dor a partir da qual se encontra incapacidade funcional, segundo o Questionário de Incapacidade Funcional Roland Morris.

A escala numérica de dor apresentou diferença entre os grupos MIF e IF ( $<0,001$ ), com médias (DP) de 6,9 (2,2) e 8,4 (1,5), respectivamente.

A tabela 7 apresenta as respostas do Questionário de Incapacidade de Roland Morris do grupo DL.

Tabela 7 – Respostas do Questionário de Incapacidade Roland Morris

PERGUNTAS	NÃO n(%)	SIM n(%)	P VALOR <sup>*</sup>
1.Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas	316 (59, 8)	212 (40, 2)	0,121
2.Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis	176 (33, 3)	352 (66, 7)	0,621
3.Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas	229 (43, 4)	299 (56, 6)	0,283
4.Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa	325 (61, 5)	203 (38, 5)	0,042
5.Por causa de minhas costas eu uso o corrimão para subir escadas	245 (46, 4)	283 (53, 6)	0,510
6.Por causa de minhas costas eu me deito para descansar frequentemente	312 (59, 1)	216 (40, 9)	0,080
7.Por causa de minhas costas eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal	280 (53, 0)	248 (47,0)	0,925
8.Por causa de minhas costas tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim	362 (68, 6)	166 (31, 4)	0,798
9.Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas	290 (54, 9)	238 (45, 1)	0,540
10.Eu somente fico de pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas	268 (50, 8)	260 (49, 2)	0,367
11.Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar	196 (37, 1)	332 (62, 9)	0,127
12.Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas	278 (52, 6)	250 (47, 4)	0,551
13.As minhas costas doem quase o tempo todo	251 (47, 5)	277 (52, 5)	0,518
14.Tenho dificuldade em me virar na cama por causa de minhas costas	287 (54, 4)	241 (45, 6)	0,143
15.Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas	378 (71, 6)	150 (28, 4)	0,199
16.Tenho problemas para colocar minhas meias ou meia calca por causa das dores em minhas costas	251 (47, 5)	277 (52, 5)	0,247
17.Caminho apenas curtas distancias por causa de minhas dores nas costas	290 (54, 9)	238 (45, 1)	0,992
18.Não durmo tão bem por causa de minhas costas	298 (56, 4)	230 (43, 6)	0,677
19.Por causa de minhas costas eu me visto com ajuda de outras pessoas	442 (83, 7)	86 (16, 3)	0,240
20.Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas	358 (67, 8)	170 (32, 2)	0,186
21.Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas	172 (35, 6)	356 (67, 4)	<b>0,012</b>
22.Por causa de minhas dores nas costas fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual	285 (54, 0)	243 (46, 0)	<b>0,049</b>
23.Por causa de minhas costas eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual	234 (44, 3)	294 (55, 7)	0,308
24.Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas	437 (82, 8)	91 (17, 2)	0,107

\*Teste qui quadrado

## 5. DISCUSSÃO

As hipóteses do presente estudo foram as de que a prevalência de DL na população entrevistada seria elevada, e que os idosos com DL teriam características clínicas e sociais diferentes das dos sem DL.

A prevalência de DL estimada neste estudo foi de 74,4%, bastante superior à nacional<sup>37</sup>.

Nossos resultados mostraram que a prevalência de idosos com DL na cidade de São Paulo foi superior à prevalência de outras capitais, como Londrina (31,0%)<sup>37</sup> e Florianópolis (64,8%)<sup>37</sup>; além de Manaus (42,4%)<sup>52</sup>. A diferença entre as prevalências do nosso estudo com as dos demais pode estar associada às diferenças metodológicas entre os estudos, envolvendo desde o conceito de dor lombar até o método de análise estatística.

A alta prevalência estimada no nosso estudo posiciona a DL como um dos problemas de saúde pública mais comuns, associado a fatores de risco sociais (ex. sexo), psicológicos (ex. ansiedade) e financeiros (ex. renda individual)<sup>38</sup>.

Segundo Wong et al.<sup>23</sup>, assim como encontrado neste estudo, as mulheres com baixa escolaridade e baixa renda são mais susceptíveis à DL crônica. De fato, a escolaridade está associada à maior aderência às orientações sobre autocuidados da saúde, e ao estilo de vida saudável<sup>25</sup>. Pessoas com baixa renda tendem a buscar serviços de saúde quando já estão com seus sintomas muito exacerbados e têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde<sup>26</sup>.

Países em desenvolvimento como Rússia, China e Índia, onde as populações estão em transição demográfica e vivenciam um aumento rápido da população idosa, se observa maior prevalência de DL nas mulheres (62,2%, 50,8%, e 48,8%, respectivamente) corroborando com os resultados do nosso estudo. Tal fato pode se justificar pela maior sensibilidade a dor; maior busca por serviços de saúde e consequente relato de dor; e a resposta diferente a analgésicos que as mulheres possuem<sup>9</sup>.

Estudo longitudinal de 7 anos realizado em Jerusalém, com idosos a partir de 70 anos e 277 indivíduos mostrou a prevalência de DL de 58% aos 77 anos. Apesar da alta prevalência identificada em Jerusalém, a prevalência na cidade de São Paulo foi ainda maior. No entanto, houve similaridade quanto aos achados

sociodemográficos, com maior prevalência de DL nas mulheres (63%) e em idosos de baixa renda (18%), sendo os valores de São Paulo 76,8% e 74,7%, respectivamente. Quanto aos aspectos de saúde, os idosos de Jerusalém apresentaram associação da dor lombar com o baixo nível de atividade física autorrelato de saúde ruim<sup>27</sup>. Já na cidade de São Paulo a maioria dos idosos com DL apresentou-se muito ativo (78,9%).

Ainda quanto a aspectos sociais e de saúde, os achados deste trabalho apontam população abordada com prevalência maior de DL em indivíduos pardos, casados, trabalhadores dos setores de bens e serviços, e sentem ligeiro impacto em atividades sociais por conta da dor. São aspectos menos discutidos na literatura, exceto a relação conjugal, em que diversos autores<sup>28,29,30</sup> encontram maior prevalência de DL em casados, assim como Biglarian et al<sup>53</sup> também concluem que a maior parte dos idosos com dor lombar são casados (80,6%).

Segundo revisão<sup>38</sup> que incluiu 165 estudos de 54 países, a prevalência de DL em idosos foi de 31%, porém menor em países pobres (16,7%) e em desenvolvimento (25,4%) em comparação com países desenvolvidos e com melhor distribuição de renda (32,9%)<sup>23</sup>. Devido à heterogeneidade metodológica entre os estudos incluídos neste trabalho de Hoy et al<sup>38</sup>, a média da prevalência pode justificar a disparidade com o nosso achado.

A prevalência mais baixa de DL para países em desenvolvimento pode ser atribuída ao perfil laboral desta população, neste caso como recurso protetor musculoesquelético, por submeter os indivíduos a mais exercícios físicos. Ainda como fator que se relaciona com a baixa prevalência vale ressaltar a subnotificação de problemas de saúde, por limitado acesso a serviços de saúde.

Para idosos com lombalgia, os exames de imagem podem não sinalizar o foco da dor, tornando dificultosa a avaliação da incapacidade funcional. Para avaliar adequadamente a demanda é fundamental a utilização de instrumentos que quantifiquem as limitações induzidas pela dor. Roland e Morris construíram, em 1983, um questionário para avaliar a incapacidade funcional durante as atividades de vida diária de indivíduos com lombalgia, o *Roland Morris Disability Questionnaire*, constituído por 24 perguntas, com pontuação de 0 e 24, da menor para a pior limitação funcional, respectivamente<sup>45</sup>. A nota de corte do questionário é 14 pontos<sup>46</sup>.

Com a divisão dos idosos com dor lombar em 2 grupos, seguindo a pontuação de corte do questionário, foi possível obter um grupo, ao qual denominamos Incapacidade Funcional (IF), e outro, Menor Incapacidade Funcional (MIF), este representando 69% de todos com DL.

Fica evidente, portanto, que a menor parte dos idosos com DL apresenta incapacidade funcional associada à dor, podendo se justificar pela população entrevistada, de idosos com prática de atividade física regular, em grupos de promoção à saúde<sup>54</sup>.

Foi possível relacionar o valor referido de dor e a nota de corte do Roland Morris, obtendo o valor de 8 ou mais associado a incapacidade funcional, dado este que pode ser utilizado como ferramenta para fluxos assistenciais.

O grupo MIF, com média de dor 6,9, possui maioria feminina, branca, primeiro grau incompleto, casada, com baixa renda, ativa, com auto relato de saúde boa, sem impacto social apesar da DL, e trabalho com serviços e comércio. Já o grupo IF, com média de dor 8,4, possui maioria feminina, parda, primeiro grau incompleto, casado, com baixa renda, fisicamente ativos, com auto relato de saúde regular, moderado impacto social, e trabalho com serviços e comércio.

Nossos resultados mostraram que os idosos com DL não deixam de fazer seus trabalhos domésticos, mas evitam, trabalhos pesados. Estas respostas podem estar associadas a um comportamento auto protetor não limitante de atividades de vida diária; e também com resiliência, como um processo fluido necessário para lidar positivamente com adversidades<sup>55</sup>. A resiliência pode se associar ao perfil de atividade física da população entrevistada, grupos de promoção de Saúde.

Abordagem de aspectos funcionais e sociais permitiu, além da observação da prevalência de DL, descrever mais detalhadamente como é o perfil e a execução de atividades de vida diária desta população, além de compreender quantitativamente sua dor, correlacioná-la à pontuação do QIRM.

### *Implicações clínicas*

Este estudo oferece, aos gestores em saúde e aos profissionais atuantes na assistência aos idosos, através de amostra em diversas regiões da cidade, ferramentas que auxiliam na elaboração de políticas de saúde e tratamentos que identifiquem e atendam a demanda dos que mais sofrem com esta condição.

Os dados sobre alta prevalência de DL e de incapacidade funcional, além do achado de dor 8 ou mais correlacionado com realização de menos atividades básicas de vida diária são exemplo de tais ferramentas, que permitem elaboração de estratégias individualizadas de cuidado e assistência.

#### *Limitações do estudo*

Como limitação do estudo pode-se considerar a composição da amostra. Constituída de idosos independentes e autônomos, ativos fisicamente, participantes de grupos de promoção à saúde, o que limita a validade externa dos nossos resultados a idosos com características diferentes às da nossa população.

Desta forma, consideramos relevante a realização de novos estudos que ampliem o perfil de atividade física dos idosos abordados.

## 6. CONCLUSÃO

A elevada prevalência de DL em idosos de São Paulo destaca esta dor como problema de saúde comum e de grande relevância, mais evidente na população feminina, casada, que trabalha nos setores de serviço e comércio, com baixas escolaridade e renda, fisicamente muito ativas, e que sinalizam a dor como fator que pouco limita suas atividades sociais.

Os idosos com DL apresentaram, em sua maioria, baixa limitação funcional devido à dor e relataram não deixar de realizar suas tarefas diárias e evitar se submeterem a situações de maior risco.

## ANEXOS

Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para o Projeto multicêntrico onde se insere o Projeto de Prevalência de Dor Lombar em idosos da Cidade de São Paulo.

**APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08/06/2016, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 189/16 intitulado: "PREVALÊNCIA DE DOR LOMBAR EM IDOSOS DE DIFERENTES POPULAÇÕES BRASILEIRAS" apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Amélia Pasqual Marques

Pesquisador (a) Executante: Jose Eduardo Pompeu

CEP-FMUSP, 13 de Junho de 2016.

**Profa. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira**  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Aprovação comitê de ética deste trabalho.

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Prevalência de dor lombar em idosos da cidade de São Paulo

**Pesquisador:** José Eduardo Pompeu

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 22479419.9.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.764.371

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo transversal observacional a ser realizado em centros de referência à saúde do idoso, através da aplicação de questionários que avaliem: socioeconômico, demográfico e comportamental; intensidade da dor; incapacidade funcional; nível emocional; número de quedas; mobilidade; e preocupação em cair. Dentre os problemas de saúde encontrados nessa faixa etária, a dor lombar está elencada como um dos principais, prevalente em 31% da população idosa de países em desenvolvimento. Já na população brasileira, 25,1% dos homens e 35,1% das mulheres apresentam lombalgia. Tal acometimento pode se relacionar com condições psicológicas ou médicas; com déficit de mobilidade em regiões torácica, lombar ou sacroilíaca; queixas algicas focais, irradiadas ou generalizadas em membros inferiores. A incidência de lombalgia também se associa a condições demográficas, socioeconômicas, relacionadas ao trabalho e ao estilo de vida, além de doenças que acarretam, mostrando seu caráter multifatorial. Além do impacto ao indivíduo é possível observar as implicações financeiras que a dor lombar tem determinado a serviços de saúde e previdência social, uma vez que esta condição pode estar associada a grande número de incapacidades. Observando a população da cidade de São Paulo, o estudo SABE avaliou capacidade física dos idosos com quatro testes (preensão palmar, sentar e levantar, agachar e pegar um lápis, equilíbrio). 8% da amostra foi incapaz de realizar qualquer teste de capacidade motora de MMII (7,9% homens e 8,1% mulheres), sendo a incapacidade um dos aspectos endógenos associados à dor lombar. Apesar da dor lombar se relacionar fortemente com incapacidade, achados sobre sua prevalência e fatores associados são escassos na literatura.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar a prevalência de dor lombar na população idosa da cidade de São Paulo.

Objetivo Secundário: Analisar o perfil social e laboral dos idosos com dor lombar; Analisar a associação entre a dor lombar e a incapacidade funcional de idosos; Analisar a associação entre a dor lombar e o medo de cair; Analisar a associação entre dor lombar e depressão em idosos com dor lombar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O Pesquisador reforça no novo arquivo de TCLE anexado nessa submissão que há risco mínimo dos participantes da pesquisa apresentarem fadiga física ou mental ao longo da entrevista. Neste caso, a entrevista será interrompida, sem qualquer prejuízo ao participante. qualquer tipo de teste físico."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante tendo em vista o aumento progressivo na expectativa de vida na população brasileira e necessidade de melhor compreensão de aspectos relacionados a acometimentos osteomusculares em indivíduos idosos.

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

O pesquisador realizou as devidas correções no TCLE como recomendadas em parecer prévio.

**Recomendações:**

Desta forma considero sem pendências para a aprovação.

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

aprovação do referido projeto por este

**CEP 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_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1300986.pdf	03/12/2019 09:09:03		Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 3.764.371

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v3.docx	03/12/2019 09:07:57	José Eduardo Pompeu	Aceito
---	--------------	------------------------	---------------------	--------

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	14/10/2019 09:48:50	José Eduardo Pompeu	Aceito
Outros	cadastro.pdf	01/10/2019 05:25:50	José Eduardo Pompeu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDorLombarSPdefinitivo.docx	08/07/2019 10:26:53	José Eduardo Pompeu	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/06/2019 08:44:14	José Eduardo Pompeu	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira (Coordenador(a))**

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL  
LEGAL

1. NOME: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M  F  DATA  
NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO..... Nº..... APTO:.....  
.....

BAIRRO:..... CIDADE:.....  
.....

CEP:..... TELEFONE:DDD(.....).  
.....

## 2. RESPONSÁVEL

LEGAL.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador  
etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M  F  DATA  
NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO:..... Nº..... APTO:.....  
.....

BAIRRO:..... CIDADE:.....  
.....

CEP:..... TELEFONE:DDD(.....).  
.....

## DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Dor lombar em idosos da cidade de São Paulo: um estudo transversal de prevalência e suas implicações na capacidade funcional.

PESQUISADOR : José Eduardo Pompeu

CARGO/FUNÇÃO: fisioterapeuta

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO  RISCO MÉDIO   
RISCO BAIXO  RISCO MAIOR

### 3.DURAÇÃO DA PESQUISA : aproximadamente trinta minutos

#### 4 – Apresentação:

Convidamos o(a) senhor(a) a participar de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Inicialmente explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal.

Nossa pesquisa que tem como objetivo avaliar PREVALÊNCIA DE DOR LOMBAR EM IDOSOS DA CIDADE DE SÃO PAULO, onde será avaliada a dor e as dificuldades de fazer as atividades diárias tais como: levantar objetos, caminhar, sentar, levantar e dormir.

Esta pesquisa faz parte do projeto de PREVALENCIA DE DOR LOMBAR EM IDOSOS DE DIFERENTES POPULAÇÕES BRASILEIRAS, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pelo CAAE 56709716.5.1001.0065 e tem como pesquisadores responsáveis a Profa Dra Amélia Pasqual Marques e o Prof Dr José Eduardo Pompeu, do Programa de Ciências da Reabilitação da Faculdade de Medicina da USP.

O(A) senhor(a) será entrevistada, e as perguntas feitas serão sobre seus dados pessoais, suas atividades do dia-a-dia e as dificuldades que encontra para realiza-las.

Se tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento poderá ser esclarecida e não é obrigatória a sua participação neste estudo, podendo o senhor (a) desistir a qualquer momento sem que isto traga qualquer tipo de prejuízo.

Caso o(a) senhor(a) se recuse a participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá o tratamento habitual desta instituição, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália.

O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao tratamento ou represália.

Os seus dados serão analisados em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente sob qualquer circunstância.

Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio como os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica.

O(A) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Prevalência de dor lombar em idosos da cidade de São Paulo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

#### Anexo D – Questionário epidemiológico

##### Nível Demográfico:

Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

Situação Conjugal: \_\_\_\_\_

##### Nível Educacional:

Primeiro grau incompleto  Primeiro grau completo  Segundo grau incompleto

Segundo grau completo  Superior incompleto  Superior completo  
 Pós graduação

##### Nível Sócio-Econômico:

- Classe A – Acima de R\$ 15.760,01
- Classe B - De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00
- Classe C - R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00
- Classe D- De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00
- Classe E – Até R\$ 1.576,00

##### Nível Hábito:

Atividade Física:

- ⊗ Sedentário – Nenhuma atividade física durante 10 minutos contínuos;
- ⊗ Insuficientemente ativo – Atividades leves com duração de 10 minutos em 5 dias da semana
- ⊗ Ativo – Atividades moderadas com duração superior a 20 minutos de 3 a 5 dias por semana;
- ⊗ Muito Ativo – Atividades vigorosas com duração superior a 30 minutos e por mais que 5 dias na semana.

Nível ocupacional:

Qual trabalho o senhor (a) desempenhou por mais tempo?

Variáveis Antropométricas

Peso: \_\_\_\_\_ Kg      Altura: \_\_\_\_\_ metros IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Você classifica sua saúde como:

- ⊗ Excelente ⊗ Muito boa ⊗ Boa ⊗ Regular ⊗ Ruim

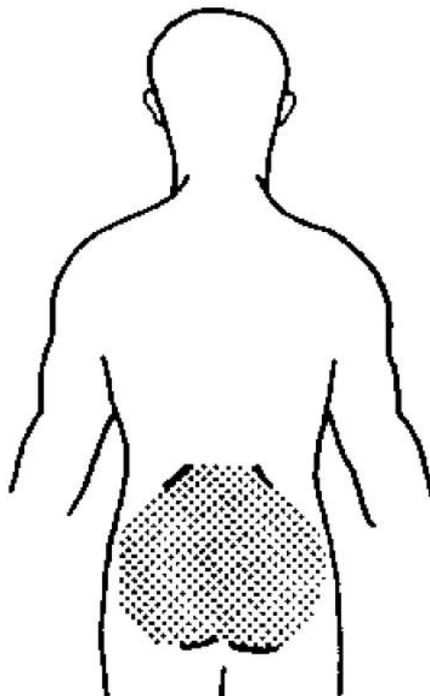
Durante as últimas quatro semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

- ⊗ De forma nenhuma ⊗ Ligeiramente ⊗ Moderadamente ⊗ Bastante ⊗ Extremamente

## Anexo E – Questionário sobre prevalência de dor lombar

Definição de um episódio de dor lombar:

“Dor lombar é qualquer dor entre a última costela e a parte inferior das nádegas com duração superior a 24 horas, precedido de 30 dias sem dor”.



O (A) senhor (a) sentiu dor lombar nos últimos 3 meses (área mostrada na figura)? ☼  
 Sim ☼ Não

#### Anexo F – Escala numérica de dor

Gostaria que o senhor (a) desse uma nota para sua dor numa escala de 0 a 10 onde 0 seria nenhuma dor e 10 seria a pior dor possível. Por favor, dê um número para descrever sua média de dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma possível								Pior dor		dor

## Anexo G – Questionário de Incapacidade de Roland Morris

## Instruções:

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldades em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas têm utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ler (ou ouvir) estas frases, poderá notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ler (ou ouvir) a lista pense em você hoje. Quando ler ou ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim. Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase.

Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

(sim)	(não)	1.	Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	2.	Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.
(sim)	(não)	3.	Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	4.	Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
(sim)	(não)	5.	Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
(sim)	(não)	6.	Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar frequentemente.
(sim)	(não)	7.	Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
(sim)	(não)	8.	Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
(sim)	(não)	9.	Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	10	Eu somente fico de pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.

(sim)	(não)	.	11	Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.
(sim)	(não)	.	12	Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	.	13	As minhas costas doem quase o tempo todo.
(sim)	(não)	.	14	Tenho dificuldade em me virar na cama por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	.	15	Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.
(sim)	(não)	.	16	Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
(sim)	(não)	.	17	Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
(sim)	(não)	.	18	Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	.	19	Por causa de minhas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
(sim)	(não)	.	20	Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	.	21	Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	.	22	Por causa de minhas dores nas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
(sim)	(não)	.	23	Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.
(sim)	(não)	.	24	Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(4):539-48.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da população : Brasil e unidades da federação : revisão 2018. Nº de chamada: 314.8(81)-P944p. Complemento 1: v. 40. Complemento 2: 2. ed. Local: Rio de Janeiro. Ano: 2018.
3. Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo./Secretaria da Saúde; Instituto Via Pública/ São Paulo: Instituto Via Pública, 2011.
4. Costa JD, Vitorino R, Silva G, Vogel C, Duarte A, Rocha-Santos T. A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects *Ageing Research Reviews* 2016; 29, 90–112.
5. Blyth F, Noguchi N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2017;31:160–8.
6. Williams A, Craig K. Updating the definition of pain. *PAIN*. 2016; 157:2420–3.
7. Dellaroza M, Pimenta C, Duarte Y, Lebrão M. Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study). *Cadernos de Saude Publica*. 2013; 29:325-34.
8. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline *Annals of Internal Medicine*. 2017; 166:480.
9. Voscopoulos C, Lema M. When does acute pain become chronic? *British Journal of Anaesthesia*. 2010;105:i69–i85.
10. Bruckenthal P. Assessment of pain in the elderly adult. *Clin Geriatr Med*. 2008; 24(2):213-36.
11. Brown ST, Kirkpatrick MK, Swanson MS, McKenzie IL. Pain experience of the elderly. *Pain Manag Nurs*. 2011 Dec;12(4):190-6.
12. Santos FC, Moraes NS, Pastore A, Cendoroglo MS. Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. *Rev Dor*. 2015; 16(3):171-5.

13. Jones MR, Ehrhardt KP, Ripoll JG, Sharma B, Padnos IW, Kaye RJ, Kaye AD. Pain in the Elderly. *Curr Pain Headache Rep.* 2016; 20(4):23.
14. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J.* 2010;10(3):179-87.
15. Lin, TY, Teixeira, MJ, Romano, MA, Greve, JMDA, Kaziyama, H.S. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev. Med.* 2001, 80(2): 443-73.
16. Sengstaken E, King S. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:541-4
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2010.
18. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen K. Prevalence of chronic pain in low-income and middleincome countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2015;385.
19. Sedrez Celich, Kátia Lilian; Galon, Cátia Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 12, núm. 3, 2009, pp. 345359.
20. Palma R, Conti M, Quintino N, Gatti M, Simeão S, Vitta A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos com dor lombar. *Acta Ortop Bras.* 2014;22:295-9.
21. Kovacs FM, Abreira V, Zamora J, Teresa Gil del Real M, Llobera J, Fernández C. Atención Primaria Group Correlation Between Pain, Disability, and Quality of Life in Patients With Common Low Back Pain, *Spine: January 15, 2004 - Volume 29 - Issue 2 - p 206-210.*
22. Zahari Z, Justine M, Dahlan A. Prevalence of low back pain and relationship between risk factors, disability and quality of life among elderly in community. *Physiotherapy.* 2015;101:e1711.
23. Wong AY, Karppinen, J, Samartzis, D. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. *Scoliosis.* 2017;12, 14.
24. Stewart Williams J, Ng N, Peltzer K, Yawson A, Biritwum R, Maximova T, Wu F, Arokiasamy P, Kowal P, Chatterji, S. Risk Factors and Disability

- Associated with Low Back Pain in Older Adults in Low- and MiddleIncome Countries. Results from the WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). PLOS ONE. 2015, 10(6), e0127880
25. Henschke N, Ostelo R, Tulder Mv, Vlaeyen J, Morley S, Assendelft W, et al. Behavioural treatment for chronic low - back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010(7).
  26. Ciaramella A, Poli P. Chronic low back pain perception and coping with pain in the presence of psychiatric comorbidity. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2015; 203:632-40.
  27. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ; Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Low back pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012; 42(4):A1-57.
  28. Alves L, Leimann B, Vasconcelos M. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil Cad Saúde Pública. 2007; 23:1924-30.
  29. Helfenstein JM, Goldenfum MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010 ; 56(5): 583-589.
  30. Hartvigsen J, Hancock M, Kongsted A, Louw Q, Ferreira M, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018; 391:2356–67.
  31. Nascimento PRCd, Costa LOP. Low back pain prevalence in Brazil: a systematic review. Cad Saúde Pública. 2015; 31:1141-55.
  32. Hüllemann P, Keller T, Kabelitz M, Gierthmühlen J, Freynhagen R, Tölle T, et al. Clinical Manifestation of Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain in Different Age Groups: Low Back Pain in 35,446 Patients *Pain Pract* 2018; 18:1011-23.
  33. Souza IMB, Sakaguchi TF, Yuan SLK, Matsutani LA, Espirito-Santo AS, Pereira CAB, Marques, AP. Prevalence of low back pain in the elderly population: a systematic review. Clinics. 2019;74:e789.
  34. Donelson R, McIntosh G, Hall H. Is it time to rethink the typical course of low back pain? PM & R 2012;4:394–401.
  35. Jiménez-Ávila JM, Rubio-Flores EN, González-Cisneros AC, GuzmánPantoja JE, Gutiérrez-Román EA. Guidelines on the application

- of the clinical practice guideline on low back pain. *Cir Cir*; 2018; 86: p. 29-37.
36. Wettstein M, Eich W, Bieber C, Tesarz J. Pain intensity, disability, and quality of life in patients with chronic low back pain: does age matter? *Pain Medicine*; 2019. p. 464–75.
  37. Leopoldino AAO, Diz JBM, Martins VT, Henschke N, Pereira LSM, Dias RC, Oliveira VC. Prevalência de lombalgia na população idosa brasileira: revisão sistemática com metanálise. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2016; 56:258-69.
  38. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012; 64(6):2028-37.
  39. Mazo GZ, Benedetti TRBB. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2010; 12(6):480-4.
  40. Boone D, Halligan S, Mallett S, Taylor SA, Altman DG. Systematic review: bias in imaging studies - the effect of manipulating clinical context, recall bias and reporting intensity. *Eur Radiol*. 2012 Mar;22(3):495-505.
  41. Farrar JT, Young Jr. JP, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *PAIN*. 2001; 94(2):149-58.
  42. Nascimento PRCD, Costa LOP, Araujo AC, Poitras S, Bilodeau M. Effectiveness of interventions for non-specific low back pain in older adults. A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2019; 105(2):147-162.
  43. Tavee JO, Levin KH. Low back pain. *Continuum*; 2017; 28: 467–86.
  44. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1978; 37:378-81.
  45. Roland M, Morris R: A study of natural history of low back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983;8:141-4.

46. Monteiro J, Faísca, L, Nunes O, Hipólito, JEJ. Questionário de Incapacidade de Roland Morris: adaptação e validação para a população portuguesa com lombalgia. *Acta Médica Portuguesa*, 5, 23, 761-766, 2010.
47. Ware J, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection, in *Medical Care*, June 1992; 30 (6): 473-483.
48. Rose C. Gibson, Race and the Self-reported Health of Elderly Persons, *Journal of Gerontology*. 1991, 46: 5 - Pages S235–S242.
49. Ciconelli, RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. São Paulo, 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997.
50. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. 2010; 44: 1120-9.
51. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira C, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2001; 6(2):5-12.
52. Souza IMB. Prevalência de dor lombar em idosos da cidade de Manaus, Amazonas [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2019.
53. Biglarian A, Seifi B, Bakhshi E, Mohammad K, Rahgozar M, Karimlou M, Serahati S. Low back pain prevalence and associated factors in Iranian population: findings from the national health survey. *Pain Res Treat*. 2012;2012:653060.
54. Santos FAA, Souza JB, Antes DL, Orsi, E. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015; 234-247.
55. Fortes TFR, Portuguese MW, Argimon IIL. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2009, v. 26, n. 4, pp. 455-463.