



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

WILLIANE SILVA CANUTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMETIDOS POR
DOENÇAS ARTICULARES**

Cuité – PB
2016

WILLIANE SILVA CANUTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMETIDOS POR
DOENÇAS ARTICULARES**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C235a Canuto, Williane Silva.

Avaliação da qualidade de vida em idosos acometidos por doenças articulares. / Williane Silva Canuto. – Cuité: CES, 2016.

99 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Artrite reumatoide. 2. Envelhecimento – doenças articulares. 3. Idosos – doenças articulares – qualidade de vida. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 616.728.2

WILLIANE SILVA CANUTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMETIDOS POR
DOENÇAS ARTICULARES**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro – UFCG

Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha
Membro – UFCG

DEDICATÓRIA

Dedico essa conquista ao meu pai (Valdir Canuto de Oliveira), a minha mãe (Ana Santana da Silva) e ao meu irmão (William Silva Canuto) que sempre acreditaram no meu potencial, nunca me deixando desistir em meio aos obstáculos que iam surgindo, sempre me mostrando como fazer a enfermagem e principalmente por fazerem de tudo para que chegasse até aqui, nunca medindo esforços.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a **Deus**, pois sem sua aprovação nada disso teria acontecido. Agradeço por pelo dom da vida, pelas conquistas, bênçãos e, principalmente, por nunca me deixar desistir quando os obstáculos me surgiam, me dando assim a força inexplicável para vencer.

Aos meus pais, **Ana Santana da Silva e Valdir Canuto de Oliveira**, só tenho a dizer a vocês OBRIGADA por toda dedicação, conselhos, broncas, carinho, palavras de conforto, por me ensinarem a valorizar minha profissão olhando o outro com humanização e por compreenderem meus momentos de ausência. Tudo o que sou hoje foi graças a educação que vocês me deram, sempre me incentivando a alcançar meus objetivos e nunca desistindo de lutar por aquilo que almejo. Amo-os incondicionalmente.

Ao meu irmão, **William Silva Canuto**, por vibrar comigo cada conquista alcançada, pelos conselhos, puxões de orelha, disponibilidade quando eu precisava, nunca medindo esforço para me ajudar. Agradeço todo dia a Deus o irmão maravilhoso que eu tenho. Te amo.

Ao meu amado, **José Carlos da Silva**, por todo apoio, amor, carinho, compreensão e paciência.

À minha madrinha **Magnólia Silva Gama** e seu esposo **José Ricardo Barbosa Gama**, que me acolheram em sua casa e serem um dos principais responsáveis pela minha entrada na universidade e por me ajudaram no que precisei, sempre com muita dedicação.

Aos meus **familiares** por sempre estarem na torcida, por me proporcionarem momentos de descontração, me aconselharem quando as forças já estavam se esgotando-me dando mais vontade de buscar meus objetivos - e por compreenderem os meus momentos de ausência.

Ao meu orientador, **Matheus Figueiredo Nogueira**, profissional extremamente competente, por ter acreditado em meu potencial, pela paciência, dedicação, orientações e aprendizados. Tenho você como inspiração para a minha vida profissional, pois és um profissional extraordinário, tendo o rigor e a seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência, conhecimento, sabedoria e postura acadêmica. Sou imensamente grata por te me acolhido como orientanda. Não poderia ter escolhido outro docente para me guiar nesse estudo.

À Banca Examinadora, **Édija Anália Rodrigues de Lima** e **Ana Carolina Dantas Rocha**, por participarem da minha vida acadêmica e pela atenção dada ao meu estudo, e pelas preciosas contribuições propostas. São profissionais exemplares e nunca mediram esforços para me ajudar quando precisei, obrigada por mostrar o diferencial da Enfermagem.

Ao grupo das **cinco**, principalmente **Débora Thaise**, por todo o companheirismo que obtivemos durante o curso, pelas noites de estudo, momentos de lazer, cumplicidade e confiança.

Aos amigos concedidos pela Universidade, **Elton Lima**, **Margarida Fernandes**, **Amanda Lopes**, principalmente o meu amigo e irmão **Genário Cristino**, por me apoiarem em todos os momentos e sempre me incentivarem a continuar por mais que existissem obstáculos e por toda ajuda que me foi dispensada durante a graduação. Levo vocês para toda vida e desejolhes todo o sucesso.

À família cuiteense que obtive, **Tia Leide**, **Neto**, **Ana**, **Laurinha**, muito obrigada por toda recepção, por fazerem com que eu me sentisse em casa, com toda atenção, carinho, momentos de distração e conselhos que vocês me deram. Levarei para o resto da vida pessoas tão maravilhosas que souberam me acolher de for tão magnífica.

À minha **Turma 2011.2**, pelos momentos compartilhados, sejam estes de alegria, tristeza, dúvidas, brigas, companheirismo, trocas de experiências e pelos bons momentos vividos. Todos de alguma foram contribuíram para o meu crescimento como pessoa e profissional.

Aos **Mestres** da Unidade Acadêmica de Enfermagem, por sempre exigirem o melhor de mim. Obrigada por todos os conhecimentos e experiências vivenciadas e pelas oportunidades que foram fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal.

A esta **universidade**, **seu corpo docente**, **direção** e **administração** que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram direto ou indiretamente para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida.

*“Seu trabalho vai preencher boa parte da sua vida e a única maneira de ser verdadeiramente satisfeito é fazer o que acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho é **amar o que você faz**”.*

Steve Jobs

RESUMO

As doenças articulares são graves e comprometem a aptidão física, a capacidade funcional e os aspectos psicossociais do indivíduo, o que acaba por influenciar nas variadas dimensões da qualidade de vida (QV) de idosos. Esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade de vida global e facetada de idosos acometidos por doenças articulares. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quantitativa, realizado na microrregião do Curimataú ocidental do estado da Paraíba (PB), representado por cinco municípios: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, tendo como amostra 76 idosos. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico/comportamental e o WHOQOL-Old, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer nº 844.702. Os resultados evidenciaram que a maioria dos idosos é do sexo feminino, casada, com idade entre 60 a 74 anos, não sabe ler/escrever e possui renda individual de até um salário mínimo, mas refere satisfação com suas necessidades básicas. Em relação aos fatores de risco, a maioria não é fumante, não consome bebida alcoólica, não pratica exercício físico e demonstra estresse de nível intermediário. Sobre a QV, a faceta de melhor resultado foi “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, ratificando que a doença não atinge negativamente neste aspecto. Em contrapartida, a faceta de pior resultado foi a “Participação social”, em que a independência é afetada em diversos graus, o que gera limitações nas atividades sociais, de lazer e profissional. Sendo assim, a atenção continuada ao idoso acometido por doenças articulares ainda é fragilizada e a enfermagem deve procurar estimular o autocuidado, facilitando sua adaptação às doenças crônicas e propiciando melhores índices de QV.

Descritores: Envelhecimento. Artrite reumatoide. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Articular diseases are serious and committed to physical fitness, functional capacity and psychosocial aspects of the individual, which ultimately influence the various dimensions of quality of life (QOL) of the elderly. This research aimed to evaluate the overall quality of life and faceted elderly patients with joint diseases. This is an exploratory-observational study, quantitative, carried out in the micro Western Curimataú state of Paraíba (PB), represented by five municipalities: Santa Rosa Bar, Cuité, New Forest, Remigio and Sossego, with a sample 76 elderly. Data were collected using two instruments: the socio-demographic / behavioral questionnaire and WHOQOL-old, after approval by the Ethics Committee of the Hospital Universitário Alcides Carneiro, Federal University of Campina Grande in opinion No. 844,702. The results showed that most of the elderly are women, married, aged 60 to 74 years, can not read / write and has individual income up to a minimum wage, but notes with satisfaction their basic needs. Regarding risk factors, most are non-smoking, does not consume alcohol, do not exercise and stress shows an intermediate level. On QOL, the facet of best result was "Activities Past, Present and Future", confirming that the disease is not negative in this respect. In contrast, the facet worst result was the "Social participation", where independence is affected to varying degrees, which creates limitations in social activities, leisure and professional. Thus, the continued attention to the elderly affected by joint disease is still fragile and nursing should seek to encourage self-care, facilitating its adaptation to chronic diseases and providing better QOL indices.

Descriptors: Aging. Rheumatoid arthritis. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com doenças articulares acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=76)	44
Tabela 2 - Caracterização do estilo de vida de idosos com doenças articulares acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=76)	51
Tabela 3 - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com doenças articulares (n=76)	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com doenças articulares (n=76)	57
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM - Amplitude de Movimento
AINH - Anti-inflamatório não-hormonais
AME - Afecções Musculoesqueléticas
AR - Artrite Reumatóide
ATJ - Artroplastia Total de Joelho
AUT - Autoestima
CES - Centro de Educação e Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DAD - Doença Articular Degenerativa
DCNT - Doenças Crônicas não-transmissíveis
DMARD - Drogas Modificadoras da Atividade da Doença
DMCD - Drogas Modificadoras do Curso da Doença
EBF - Escore Bruto das Facetas
EPF - Escore Médio Padronizado da Faceta
ES - Esclerose Sistêmica
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ETF - Escore Transformado em Faceta
ETT – Escore Transformado Total
FS - Funcionamento Sensorio
GEPISE - Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUB – Hospital Universitário de Brasília
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
INT - Intimidade
LES - Lúpus Eritematoso Sistêmico
MEM - Morte e Morrer
MHIQ - *McMaster Health Index Questionnaire*
MI - Miopatias Inflamatórias
NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida
NHP - *Nottingham Health Profile*
OA - Osteoartrose/Osteoartrite
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPF - Atividades Passadas, Presentes e Futuras
PSO - Participação Social
QV- Qualidade de Vida
Rand HIS - *Rand Health Insurance Study*
SF-36 - *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey*
SIP - Sickness Impact Profile
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SS - Síndrome de Sjogren
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAENFE - Unidade Acadêmica de Enfermagem
UBS – Unidade Básica de Saúde

UnB - Universidade de Brasília

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

USF's - Unidade de Saúde da Família

WHOQOL-OLD - *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivos	18
1.1.1	Objetivo Geral	18
1.1.2	Objetivos Específicos	19
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Processo de envelhecimento: demografia, aspectos biopsicossociais e políticas de atenção à saúde do idoso	21
2.2	Considerações gerais sobre as doenças reumáticas	26
2.2.1	Artrite reumatoide	27
2.2.2	Artrose (Osteoartrose/Osteoartrite)	29
2.3	Qualidade de vida de idosos com doenças articulares	31
3	METODOLOGIA	35
3.1	Tipo de estudo	36
3.2	Local do estudo	36
3.3	População e amostra	36
3.4	Instrumento para coleta de dados	37
3.5	Procedimentos para coleta de dados	39
3.6	Análise dos dados	39
3.7	Aspectos éticos	41
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	44
4.2	Perfil de estilo de vida de idosos com doenças articulares	51
4.2	Avaliação da qualidade de vida de idosos com doenças articulares	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

ANEXOS

Anexo A – Questionário de coleta de dados

Anexo B – WHOQOL-Old

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

O envelhecimento é um processo natural na vida de todo ser humano. É dinâmico, irreversível, progressivo e permeado por alterações morfológicas, funcionais e psicológicas. Condiciona a uma perda de capacidade de adaptação do indivíduo no meio em que vive, o que gera uma instabilidade e maior ocorrência de processos patológicos (SILVA et al., 2014).

O envelhecer é individualizado e não acontece igualmente entre os indivíduos. Isso vai depender do estilo de vida, da biologia humana, das condições socioeconômicas e culturais, do acesso a serviços de saúde e das doenças crônicas. Destaca-se que a expressão envelhecimento sustenta-se em um embasamento teórico subdividido em três planos: o biológico, associado a questões moleculares, celulares, teciduais e orgânicos; o psíquico, que abrange dimensões cognitivas e psicoafetivas que influenciam na personalidade e afeto do indivíduo; e o social, que se refere à obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social (FECHINE; TROMPIERI, 2012; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

No que concerne o envelhecimento populacional, de acordo com os dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é perceptível a visualização da inversão da pirâmide demográfica. Em termos proporcionais, a população idosa teve um maior crescimento nos últimos anos quando comparada à faixa etária de menores de 15 anos. Para os próximos anos, o número de idosos continuará crescendo com indícios que em 2025 hajam mais de 800 milhões no mundo inteiro (FECHINE; TROMPIERI, 2012). No Brasil, em 1960 já existiam cerca de 3 milhões de idosos, passando para 7 milhões em 1975 e, em 2008 para 21 milhões. De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020 a população idosa poderá exceder 30 milhões, vindo a representar 13,6% do contingente total brasileiro, tornando o Brasil o sexto colocado entre os países com o maior quantitativo de idosos.

O envelhecimento populacional vem se solidificando no âmbito brasileiro, e junto com ele se tem como consequência o aumento da longevidade, e ela tende a aumentar a expectativa de vida do brasileiro dos atuais 75 anos para 81. Segundo o IBGE, as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens e em 2060 a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,3 dos homens. Dados recentes demonstram que elas vivem em média até os 78,5 anos, enquanto eles até os 71,5 (ROSA, 2015). Essa conquista está associada à melhoria do padrão de vida da população devido ao desenvolvimento das forças produtivas e também em decorrência da existência da inovação médica, dos programas de saúde pública,

do acesso ao saneamento básico e melhora da higiene pessoal (ALVES, 2014). Por outro lado, com a ampliação da expectativa de vida, evidencia-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades funcionais (SILVA, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas como o maior problema global de saúde pública, possibilitando mortes prematuras e perda da qualidade de vida, além favorecer importantes impactos econômicos de famílias e sociedade. É oportuno destacar que as DCNT podem interferir potencialmente na vida relacional e cotidiana dos indivíduos, o que suscita a formulação de políticas de gestão, planejamento e implementação pelo Ministério da Saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, seja no aspecto social, econômico, social ou psicológico (MALTA et al., 2014).

Nesse sentido, enquanto o Brasil tem apresentado em suas estatísticas uma mudança no perfil da mortalidade da população, eleva-se o número de incapacidades causadas por DCNT. Essa inversão demográfica e epidemiológica acaba por mostrar que o envelhecimento populacional avança e o número de incapacidades amplia-se. Assim, dentre essas DCNT que podem gerar significativos impactos na funcionalidade global de idosos e na sua qualidade de vida (QV), destacam-se as de natureza articulares, como a artrite e a artrose (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014).

Segundo Silva (2012), a doença articular degenerativa (DAD) é uma alteração que acomete exclusivamente as articulações sinoviais e caracteriza-se por fibrilação, fissuração na cartilagem, microfraturas, cistos e esclerose no osso subcondral com formação de osteófitos nas bordas articulares. Contudo, a DAD também está relacionada à dor, rigidez da articulação, deformidade e progressiva perda da função articular. Ademais, a DAD, que envolve a osteoartrose e a osteoartrite, também é sinônimo de alterações não infecciosas e progressivas que acontecem na cartilagem das articulações sinoviais ou diartroses. Logo, essa alteração é caracterizada por uma inflamação e espessamento da cápsula fibrosa e membrana sinovial, degeneração da cartilagem articular e produção de osteófitos periarticulares.

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune de origem desconhecida que estimula um processo inflamatório crônico nas articulações e é caracterizada por incidentes dolorosos. Acomete articulações sinoviais periféricas, podendo vir a ser simétrico ou cumulativo e chegando a causar deformações físicas, limitações funcionais e repercussões socioeconômicas indesejadas justamente pelo fato de não conseguir realizar suas obrigações diárias. Nas formas mais graves ela pode se manifestar de modo extra-articular, vindo a afetar

pele, olhos, pulmões, coração, nervos periféricos, rins e vasos sanguíneos (MIRANDA; ARAÚJO; FALEIROS-CASTRO, 2012).

Tais doenças articulares são graves e acabam por influenciar a qualidade de vida dos idosos, comprometendo a diminuição da aptidão física e da capacidade funcional, além de alterações nos aspectos psicossociais do indivíduo. De acordo o Grupo WHOQOL da OMS, a QV é definida como “*a percepção que o indivíduo sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). A amplitude polissêmica da expressão QV abrange a complexidade do construto e interrelaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (FLECK, 2000).

Reconhecendo que a QV na velhice está associada à preservação da autonomia e independência, além do satisfatório estado de saúde, convém investigar em quais dimensões as doenças articulares interferem na QV de idosos. Retratar a QV na velhice é favorecer um envelhecimento saudável, com baixo risco de doenças e incapacidades, além de proporcionar uma participação social e satisfatório desempenho físico e mental nas atividades cotidianas. Sendo assim, reconhecendo o incremento da população idosa em nível mundial e impacto provocado pelas DCNT, em particular as doenças articulares, na condição de saúde dos idosos, suscita-se a urgência em promover uma assistência integral, efetiva e de qualidade, em todos os níveis, a este segmento populacional, embasada na compreensão de suas necessidades.

Ante o exposto as questões norteadoras para esta investigação são: como os idosos acometidos por doenças articulares avaliam a sua qualidade de vida? Quais dimensões da qualidade de vida de idosos com doenças articulares estão afetadas ou satisfatórias? Frente a estes questionamentos, buscar-se-á alcançar os objetivos propostos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- ✓ Avaliar a qualidade de vida global e facetada de idosos acometidos por doenças articulares.

1.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos;
- ✓ analisar o perfil de estilo de vida dos idosos;
- ✓ mensurar a qualidade de vida global dos idosos com doenças articulares; e
- ✓ averiguar a qualidade de vida facetada dos idosos com doenças articulares.

2 Revisão da Literatura

2.1 Processo de envelhecimento: demografia, aspectos biopsicossociais e políticas de atenção à saúde do idoso

O envelhecimento é um processo natural e comum a todos os indivíduos. É um fato inerente ao ciclo de vida biológico, onde o ser nasce, cresce, envelhece e morre (ALMEIDA, 2008). O envelhecimento populacional, por sua vez, é considerado uma realidade mundial e vem sendo enfatizado nos últimos tempos, sobretudo pelas suas implicações sociais e em termos de saúde pública (SILVEIRA et al., 2010). É óbvia a diferença conceitual entre envelhecimento natural e envelhecimento populacional.

O envelhecimento enquanto fenômeno demográfico começou a ter importância significativa a partir da segunda metade do século XX, em nível dos países em desenvolvimento. Logo, o envelhecimento populacional é definido como: “*crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população*” (ALMEIDA, 2008, p. 23). Sua configuração é decorrente da transição demográfica desenhada pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade. Essa transição está ligada aos avanços da medicina e da saúde pública, especificamente nas melhores condições de alimentação, renda, controle dos vetores causadores de doenças infecciosas, dentre outros (CARNEIRO et al., 2013).

No Brasil, ao contrário, assim como nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento vem ocorrendo rapidamente em um ambiente socioeconômico pouco favorável à expansão de um sistema de proteção social para todos os grupos etários, em especial para os idosos. Assim, o processo de envelhecimento da população impõe novos desafios à sociedade no sentido de proporcionar condições dignas de vida a esse segmento (KRELING, 2016).

O envelhecimento natural é definido como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro e próprio a todos os membros de uma espécie (CHAGAS; ROCHA, 2012). Independente da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve, cresce, envelhece e morre, uns precocemente e outros tardiamente. É um processo que envolve dimensões biológica, psicológica e social (VERAS et al., 2015).

Em sua dimensão biológica, o envelhecimento provoca modificações corporais e mentais que acontecem ao longo do processo de desenvolvimento humano, iniciando antes mesmo do nascimento e se estendendo por toda a existência humana (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Nesse processo biológico, ocorrem alterações em todos os sistemas do

corpo do indivíduo. Para uma melhor compreensão, as transformações biológicas ocorridas mediante o avançar da idade serão pontuadas conforme os sistemas orgânicos que compõem o corpo humano.

Com o envelhecimento ocorre a diminuição da função pulmonar e a caixa torácica torna-se enrijecida em decorrência da diminuição na elasticidade pulmonar no sistema respiratório. Assim, ocorre diminuição da ventilação pulmonar, redução da elasticidade dos alvéolos e subtração da capacidade vital. Logo, as principais alterações funcionais do aparelho respiratório, decorrentes do processo natural de envelhecimento, reduzem a complacência da parede torácica; a força dos músculos respiratórios; a capacidade vital; a pressão arterial de oxigênio; a taxa de fluxo expiratório; a difusão pulmonar de dióxido de carbono; a sensibilidade respiratória à hipóxia; fazem crescer a complacência pulmonar; aumentam os volumes residuais e exacerbam o gradiente arterioalveolar de oxigênio (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

No sistema cardiovascular as artérias apresentam um acúmulo de gordura (aterosclerose) em suas paredes, ocorre uma perda de fibra elástica e aumento do colágeno. Com isso, a função cardiovascular fica prejudicada, ocorrendo uma diminuição quanto a resposta de elevação de frequência cardíaca ao esforço ou estímulo e aumentando a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo e dificultando a ejeção ventricular. Ocorre também uma maior incidência de hipertensão arterial sistólica (SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHI, 2014).

No sistema digestório ocorre uma diminuição da inervação do esôfago, da secreção de lipase, da insulina pelo pâncreas e da metabolização de medicamentos por parte do fígado. Evidencia-se uma dificuldade de esvaziamento da vesícula biliar e uma discreta redução da absorção de lipídeos no intestino delgado. O cólon apresenta enfraquecimento muscular e alteração de peristalse. No reto e ânus são observadas alterações com espessamento e alterações do colágeno e redução de força muscular, que diminuem a capacidade de retenção fecal volumosa (XAVIER; QUEIROZ, 2015).

No sistema urinário acontecem alterações devido à senilidade dos tecidos, diminuição da função renal, atrofia da uretra, enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e de colo vesical, e as doenças próprias do indivíduo idoso também contribuem para o desenvolvimento de incontinência urinária. Tem-se a presença também da hiperplasia prostática benigna que na maioria das vezes causa uma obstrução do fluxo urinário e provoca alterações importantes no trato urinário inferior (SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHI, 2014).

O sistema fisiológico mais comprometido com o processo do envelhecimento é o sistema nervoso, responsável por diferentes tipos de sensação, movimentos, funções psíquicas, dentre outros. As alterações mais significativas acontecem no cérebro, como a redução de seu tamanho em 5% aos 70 anos e 20% aos 90 anos de idade. Ocorre também a diminuição da massa cerebral que está associada a perda neuronal, que não é uniforme e com certo grau de atrofia cortical, com conseqüente elevação de volume do sistema ventricular que é uniforme em todas as áreas cerebrais. É importante salientar que a atividade neural muda com a idade (CHAGAS; ROCHA, 2012).

Das modificações que acontecem com o envelhecimento, as que acometem o aparelho locomotor são as primeiras a ficarem evidentes, uma vez que são responsáveis pela alteração da aparência, estrutura física e funcionamento do organismo. Conseqüentemente, essas alterações afetam os ossos, músculos e tecidos de suporte. Logo, como todos os músculos do organismo se atrofiam, com o passar do tempo ocorrerá uma deterioração do tônus muscular e perda de força e agilidade. As articulações ficam mais limitadas e os ligamentos mais rígidos (PÁSCOA, 2008).

Na dimensão psicológica, a priori é importante destacar que o conceito de idade psicológica está relacionado à idade cronológica e às capacidades psicológicas, como a percepção, a aprendizagem e a memória, onde prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Sendo assim, caracterizar o indivíduo como velho é detectar lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Para os autores anteriormente referenciados, algumas dessas capacidades cognitivas (rapidez de aprendizagem e memória) acabam diminuindo naturalmente com o avanço da idade. Logo, na maioria das vezes essa diminuição do funcionamento cognitivo é causada por desuso, doenças, fatores comportamentais, psicológicos e sociais. Todavia, essas perdas são compensadas com o ganho de sabedoria, conhecimento e experiência. Conseqüentemente, apesar da idade avançada, os idosos possuem um desenvolvimento nas habilidades cognitivas onde o declínio é de intensidade leve e não causa alterações significativas em seu padrão cognitivo.

No aspecto social o envelhecimento é definido como sendo a obtenção de hábitos e status sociais pelo indivíduo para que possa preencher os diversos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. É constituído por performances individuais de papéis sociais e que envolve características como

tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança e se relaciona com as idades cronológica e psicológica. Em contrapartida, o envelhecimento social deve ser compreendido como um processo de mudanças nos papéis sociais, onde são esperados dos idosos comportamentos que correspondam àqueles determinados pela sociedade. Socialmente a pessoa é definida como idosa normalmente a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa. Porém, para o idoso, a aposentadoria deve ser considerada como o início de uma vida social prazerosa, composta por atividades e lazer (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

As projeções estatísticas são animadoras, mas, é preciso melhor analisá-las, pois envelhecer em um país em desenvolvimento como o Brasil é desafiante, uma vez que a concentração de renda é alta e ocorre pouco investimento nos serviços e políticas públicas na área da saúde e da educação, tornando assim, o envelhecer para alguns cidadãos um desafio a ser superado (OLIVEIRA, 2011). Portanto, como o indivíduo passa por diversas alterações fisiológicas, para que ele possa envelhecer com qualidade é preciso ter políticas e programas de atenção que assegurem a atenção integral à saúde. Tais políticas devem garantir ao indivíduo saúde durante sua vida, incluindo a promoção e a proteção da saúde, as tecnologias assistidas, os cuidados para a recuperação e reabilitação, os serviços de saúde mental, a promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios que reduzem os níveis de incapacidades associados à velhice (MIYATA et al., 2005).

Nesse cenário, é indiscutível que ocorreram mudanças no âmbito nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, mas essas ainda são restritas no que tange à oferta de serviços e programas de saúde pública. O Estado é um aliado pontual, com responsabilidades reduzidas e que acaba por atribuir a família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa. Contudo, ele tem papel fundamental na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS (Sistema Único de Saúde), papel este capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade a esse público-alvo. Desse modo, o estado tenta proporcionar uma QV aos cidadãos e para isso é necessário o intermédio das políticas públicas, onde essas são voltadas para a proteção social, e nela estão as políticas de saúde (MIYATA et al., 2005).

Nas políticas de saúde pode-se destacar a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o Plano de Ação Conjunta, o Estatuto do Idoso e o Pacto pela Vida (Portaria GM nº 399/2006), que pela primeira vez na história das

políticas públicas do Brasil, definiu a saúde do idoso como uma das suas prioridades. A Política Nacional do Idoso no Artigo 2º considera idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade e com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o estatuto do idoso confere direito assegurado às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Sendo assim, é importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica e devido a essa necessidade foi criada no Brasil a PNSPI que tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida (MIYATA et al., 2005; BRASIL, 2006).

A PNSPI foi implementada em 2006, que na verdade foi uma revisão e atualização da PSI. Logo, a PNSPI garante o direito à saúde dos idosos segundo os princípios e diretrizes do SUS, tendo por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim (CARDOSO, 2015). Miyata et al (2005) ainda expõem algumas diretrizes, que são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde dos idosos; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio aos estudos e pesquisas.

A PNI foi criada devido a importância do envelhecimento populacional que estava se desenhando no Brasil (RODRIGUES, 2007). Sendo assim, a preocupação da atenção pública com os idosos é notória com a promulgação da Política Nacional do Idoso - PNI em 1994, e sua regulamentação em 1996, que reafirmou o contido na Lei Orgânica da Saúde (1990) assegurando os direitos sociais à pessoa idosa, bem como o direito à saúde. A PNI garante os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, assim como o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Tem como objetivo a criação de condições favoráveis para alcançar a longevidade com qualidade de vida (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

Para pôr em prática as ações estipuladas pela PNI foi feito um Plano de Ação Conjunta que enfatiza ações preventivas, curativas e promocionais, visando uma melhor QV ao idoso. Esse plano norteia ações integradas de modo a viabilizar a implementação da PNI. Com isso, define ações e estratégias de cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo e acompanha, controla e avalia as ações (RODRIGUES, 2007).

Já o Estatuto do Idoso foi instituído em 2003, por meio da Lei nº 10.741, que retrata a obrigação do Estado em garantir à pessoa idosa a proteção a vida e a saúde, por meio da efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável, em

condições de dignidade (SANTOS et al., 2008). Camargos, Mendonça e Viana (2006) ainda expõem que o estatuto se divide em diversos temas, que envolvem os Direitos Fundamentais, as Medidas de Proteção, a Política de Atendimento ao Idoso, ao acesso à Justiça e os Crimes contra os Idosos.

Envelhecer saudável ou não, vai depender do equilíbrio entre as potencialidades e as limitações de cada indivíduo para o enfrentamento das perdas ocorridas durante todo o processo. Quando o idoso é resiliente o suficiente para reconhecer-se na velhice e o seu conjunto de transformações, certamente se tem um melhor rendimento das suas competências e experiências, e o mesmo acaba assumindo-a com naturalidade, o que torna-se uma vantagem ao crescimento de sociedades humanas maduras e integradas (VERAS et al., 2015). Assim, entende-se que o idoso poderá envelhecer com condições sociais para viver essa fase da vida com qualidade. Isso só será possível mediante investimentos sociais e econômicos ao longo de toda a vida, desde o nascimento até a velhice e morte, o que envolve o desenvolvimento de papéis e ações por parte do próprio idoso, da família, da sociedade e do Estado (OLIVEIRA, 2011).

2.2 Considerações gerais sobre as doenças reumáticas

As doenças reumáticas acometem milhares de pessoas em todo o mundo e podem levar à debilitação crônica e à redução da qualidade de vida de muitos pacientes. Algumas doenças deste grupo são denominadas doenças reumáticas autoimunes, decorrentes de um distúrbio do sistema de defesa do organismo, que passa a atacar tecidos do próprio indivíduo. Estas doenças são influenciadas por fatores genéticos e ambientais. Contudo, o estilo de vida é um dos fatores ambientais que possivelmente exerce influência sobre desenvolvimento e curso dessas doenças (OLIVEIRA, 2011).

Segundo Abrão et al. (2016), as doenças reumáticas autoimunes consistem em um grupo heterogêneo de condições caracterizadas pelo rompimento da tolerância imunológica e produção de autoanticorpos e uma série de substâncias responsáveis por lesões em diversas estruturas do organismo. Sendo assim, dentre as doenças reumáticas têm-se: a artrite reumatoide (AR), as miopatias inflamatórias (MI), a esclerose sistêmica (ES), o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a síndrome de Sjogren (SS). Porém, neste estudo serão enfatizadas especificamente a artrite reumatoide e a artrose.

2.2.1 Artrite reumatoide

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica, crônica e progressiva, que acomete principalmente a membrana sinovial das articulações, podendo levar à destruição óssea e cartilaginosa. Chega a afetar 0,5% a 1% da população mundial adulta e tem ocorrência em todos os grupos étnicos, mas com predominância do sexo feminino (MOTA et al., 2011). Roma et al. (2014) explicam que a AR é uma doença autoimune e pode ser apresentada de diversas formas e seu início tem como marca a idade, que é um elemento fundamental no aspecto clínico. Logo, são considerados pacientes com AR de idade igual ou acima de 60 anos.

A AR contribui com 10 a 33% dos casos da doença e à medida que a idade avança têm-se uma predisposição ao seu desencadeamento. Calcula-se que atinja até 2,2% da população com idade superior a 55 anos. Vale salientar que a influência genética, principalmente dos genes do HLA classe 2, atua não só na taxa de incidência de acordo com a idade de início, mas também promove o surgimento de peculiaridades clínicas em cada faixa etária (HORIUCHI et al., 2015).

Não existe consenso sobre a etiologia da AR, mas é perceptível que a combinação entre a inflamação e a hipertrofia sinovial favorece a destruição de cartilagens e ossos, causando dano e instabilidade articular e acaba por afetar as articulações do punho, metacarpofalangeanas e interfalangeana proximais nos membros superiores. Por isso é importante iniciar o tratamento o mais rápido possível, com o intuito de diminuir a atividade inflamatória da doença e até mesmo a remissão dos sintomas (ALMEIDA, 2015). Laurindo (2008) complementa que a etiologia da AR é desconhecida, mas sabe-se que possui influência genética e hormonal, de caráter autoimune, modulada por fatores ambientais e caracterizada pelo acometimento simétrico de pequenas e grandes articulações periféricas, com evolução frequente para deformidade e incapacidade funcional.

O quadro clínico apresentado pelos pacientes inclui dor, rigidez, perda de movimento, eritema, aumento de volume, e raramente, uma destruição completa da articulação, além de apresentar deformidade que é uma característica comum que afeta várias regiões, particularmente mãos e pés. Contudo, também podem ser observadas manifestações extra-articulares, que incluem o processo inflamatório em vasos sanguíneos, pulmões, coração e tecidos subcutâneos, que podem levar ao desenvolvimento de vasculite, pericardite, pleurite, glomerulonefrite e manifestações oculares (SCHEINBERG; GOLMIA; ROLLO, 2015).

As consequências negativas da AR na capacidade funcional dos pacientes são multidimensionais, como a perda de força muscular e de resistência, além da perda de amplitude de movimento (ADM) das articulações devido as alterações causadas pelas doenças (OLIVEIRA et al., 2015). Ademais, também pode causar danos progressivos no sistema musculoesquelético, envolver pequenas e grandes articulações levando a dor, provocar deformidades e até mesmo destruição óssea e cartilaginosa irreversíveis (ROMA et al., 2014).

Pela complexidade do agravo existe a necessidade de avaliar o paciente com sintomatologia articular no primeiro momento de contato. A fase inicial da AR corresponde as primeiras semanas ou meses de sintomas, tendo como período crítico as primeiras semanas de manifestação como a AR recente. Porém, os índices de avaliação de um reumatologista para os pacientes acometidos por AR nas primeiras seis semanas aumentaram de 9 para 17%, mas vale salientar que nem todos os casos obtêm uma avaliação rápida (MOTA; LAURINDO; SANTOS NETO, 2010).

Ainda para os autores anteriormente referenciados, existe uma imprecisão da definição da AR inicial onde é necessário que hajam marcadores clínicos, sorológicos ou genéticos, de modo que venham a diferenciar os pacientes com doença inicial dos que evoluirão com AR, e assim realizar uma terapia adequada para reduzir a probabilidade de doença persistente e dano articular. Todavia, muitos são os problemas para reconhecer o diagnóstico da AR inicial, como a dificuldade de acesso do paciente ao especialista na fase inicial da doença, a impossibilidade em determinar o momento exato do início dos sintomas, as divergências entre os especialistas na definição da condição e a baixa sensibilidade e especificidade dos critérios classificatórios usados.

Como não existe um tratamento específico para a AR, tem-se então a necessidade de implantação de uma reabilitação com uma equipe interdisciplinar, em que a enfermagem tem um papel fundamental na abordagem holística dos pacientes e seus familiares. Dessa maneira, acaba por contribuir na redução do risco de complicações e na promoção da qualidade de vida desses indivíduos (MIRANDA; ARAÚJO; FALEIROS-CASTRO, 2012). Os tratamentos para AR têm por finalidade prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda de função, diminuir a dor e maximizar a qualidade de vida dos pacientes. Assim, os tipos de tratamento variam de acordo com o estágio da doença, raramente alcançando a remissão completa (WIENS et al., 2012).

Freitas, Cançado e Gorzoni (2011) relatam que o objetivo do tratamento é o alívio da dor e do edema, a melhora da fadiga, a prevenção dos danos articulares e da incapacidade

funcional e a redução da morbidade relacionada a doença, podendo ser de natureza terapêutica farmacológica ou não.

No tratamento não farmacológico, faz-se um encaminhamento inicial e imediato do paciente para o reumatologista, para a terapia ocupacional e para o fisioterapeuta, além de orientações profissionais para a cessação do tabagismo, imunizações, tratamento imediato de infecções e manejo adequado de comorbidades. O paciente também pode realizar imobilização da articulação, realizar exercícios que preservem energia e promovam o ganho de amplitude de movimento, como os exercícios de alongamento, fortalecimento e condicionamento físico. Já no farmacológico, averigua-se a questão do risco-benefício devido a maiores riscos de efeitos colaterais renais, cardiovasculares e gastrointestinais. Desse modo, podem ser utilizados os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) que vão diminuir a dor rapidamente e o processo inflamatório, embora os efeitos colaterais gastrointestinais do sistema nervoso central e renal sejam maiores nos idosos, sendo recomendado o uso de um inibidor de bomba de prótons (omeprazol) (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2011).

Têm-se também os inibidores específicos da ciclo-oxigenase-2 que tem efeitos semelhantes aos AINH, porém com menos efeitos adversos. Contudo, é válido salientar que os AINH não evitam a progressão da doença e por isso não devem ser utilizados como modalidade terapêutica única. São utilizados na AR medicamentos de segunda linha, como os corticosteróides em baixas doses, que apresentam efeito rápido porém com o seu uso prolongado as chances de ter um aumento nas comorbidades é alto. Para evitar a progressão da doença e a ocorrência de exarcebações da inflamação, é preciso introduzir drogas modificadoras da atividade da doença (DMARD), a exemplo da hidroxicloroquina, em caso de doença leve; e em doença moderada a grave utiliza os de maior potencia terapêutica (metotrexato). Também pode ser utilizado os agentes anti-TNF alfa, como infliximabe (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2011).

2.2.2 Artrose (Osteoartrose/Osteoartrite)

A Artrose, também conhecida como Osteoartrose ou Osteoartrite (OA), é considerada uma doença articular crônico-degenerativa que se evidencia pelo desgaste da cartilagem articular (DUARTE et al., 2013). Sartori-Cintra, Aikawa e Cintra (2013) complementam a definição da OA como uma doença reumática osteometabólica de elevada prevalência, constituindo a principal causa de incapacidade física e diminuição da qualidade de vida da

população acima de 65 anos, cuja característica principal é a degradação da cartilagem articular.

A OA é a doença articular mais comum e uma das mais frequentes causas de instabilidade do aparelho locomotor, afetando ambos os sexos e todas as raças, porém atinge um maior número de articulações no sexo feminino, o que faz com que a sua prevalência seja maior nas mulheres. Acomete 1% das pessoas abaixo de 30 anos de idade, chegando a 10% entre os 40 e 50 anos e a 50% em pessoas acima de 60 anos de idade (FELLET; BARBOSA; SOARES, 2014). Em torno de 4% da população brasileira sofre de osteoartrite, sendo as articulações da coluna vertebral mais acometidas pela doença, seguida das articulações do joelho e quadril. No Brasil, cerca de 65% das causas de incapacidade funcional estão relacionados com a osteoartrite (RODRIGUES; CAMARGO, 2015).

Em se tratando do aspecto etiológico da OA, esta pode ser classificada em primário e secundário. Na etiologia primária não existe uma causa conhecida. Ao contrário da secundária, quando é desencadeada por fatores conhecidos e determinados. Contudo, nas duas situações a cartilagem é o tecido com maiores alterações. Entre as alterações morfológicas, a cartilagem articular perde sua natureza homogênea e é rompida e fragmentada, com fibrilação, fissuras e ulcerações. Às vezes, com o avanço da patologia, não resta nenhuma cartilagem e áreas de osso subcondral ficam expostas (DUARTE et al., 2013).

A etiologia primária ainda pode ser conhecida por idiopática e a secundária é decorrente de outro problema, como a doença de Paget ou uma infecção, deformidade, lesão ou uso excessivo da articulação. Sendo assim, independentemente da localização e da causa, a patogênese se constitui em mudanças catabólicas, com inibição da síntese e tentativa de reparo da matriz cartilaginosa (BATISTA; PEDOTT; WIBELINGER, 2012).

Os indivíduos com OA são, em sua maioria, assintomáticos. Porém, quando apresentam alguma sintomatologia, as queixas estão relacionadas à dor articular de duração e intensidade variáveis de acordo com o estado da doença; rigidez matinal de curta duração; crepitação óssea; disfunção física; edema; frouxidão dos ligamentos; diminuição ou perda do movimento; contraturas capsulares; fraqueza muscular; incapacidade para marcha; espasmo; fibrose; alteração da propriocepção e equilíbrio (BARDUZZI, 2013).

Com o tempo os indivíduos acometidos pela AO podem apresentar um alargamento ósseo e diminuição dos movimentos articulares. Contudo, a rigidez matinal e após um período prolongado de inatividade pode estar presente, porém sua duração é pouca, raramente ultrapassa 30 minutos. Podem também surgir queixas relacionadas a crepitações e estalidos

durante a movimentação, que pode piorar com a perda progressiva da cartilagem (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2011).

O diagnóstico da OA é clínico-radiológico. No mais, os sinais e sintomas como a dor, limitações da mobilidade, crepitação, derrame articular e as deformidades estão presentes, no entanto, tais alterações são inespecíficas e também podem estar presentes em outras condições, como nas doenças articulares inflamatórias. Contudo, para a confirmação diagnóstica da AO é imprescindível verificar a existência de alterações degenerativas reacionais como a ocorrência dos osteófitos e/ou diminuição do espaço articular. O critério diagnóstico da OA do joelho, por exemplo, criado pelo *American College of Rheumatology* (2010) inclui elementos clínicos, parâmetros laboratoriais e/ou radiológicos (PINTO, 2013).

Existem três formas de tratamento para a AO, a citar: a) o tratamento não farmacológico, que consiste na utilização de programas educativos; prescrição individualizada, pelo fisioterapeuta, de exercícios terapêuticos e prescrição do uso de órteses; b) o tratamento farmacológico para diminuição de dor e processo inflamatório; e c) o tratamento cirúrgico para os pacientes que apresentam grau mais severo de OA com comprometimento progressivo da independência das atividades de vida diária e/ou falha no tratamento conservador. O tratamento cirúrgico mais comum é a artroplastia total de joelho (ATJ), procedimento mais efetivo para os pacientes com OA de joelho severa e que não responderam ao tratamento conservador (BALIZA; LOPES; DIAS, 2014).

2.3 Qualidade de vida de idosos com doenças articulares

O termo QV popularizou-se em 1960, quando os políticos norte-americanos utilizaram-no como plataforma política enquanto sinônimo de sucesso administrativo. Existem registros em que o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, fez uso do termo em um discurso em 1964 na Universidade de Michigan, onde retratava o interesse das pessoas em uma vida de qualidade. Salienta-se que os discursos da época retratavam o compromisso da sociedade em assegurar as pessoas algum tipo de estrutura social que permitisse garantir sua felicidade e bem-estar. No Brasil, o termo QV ganhou repercussão com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu no art. 225 que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida (ROSA, 2014).

Tavares, Nunes e Santos (2010) complementam esta ideia ao pontuar que o interesse da QV veio desde 1970 quando foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e

políticos. Mas, o rápido desenvolvimento tecnológico da Medicina e Ciências afins teve como consequência a progressiva desumanização das ciências. Esse cenário condicionou uma preocupação com o conceito de QV, mesmo que à tona, onde levou as ciências humanas e biológicas a valorizarem os parâmetros mais amplos do indivíduo, sem enfatizar apenas o controle da sintomatologia, a diminuição da mortalidade ou do aumento da expectativa de vida.

Conceituar QV nos últimos anos representa uma ferramenta de suma importância quanto ao contexto de investigação clínica e da formulação de políticas de saúde, não expondo apenas os direitos básicos, mas sim uma gama de expectativas como: a perspectiva do próprio indivíduo, o contexto cultural, as realizações pessoais, inserção social, felicidade e o bem-estar. Logo, está diretamente ligada com a definição de QV segundo o The WHOQOL Group (1995, p. 1405) que a conceitua como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.

O conceito de QV engloba todos os fatores que podem influenciar qualquer aspecto biopsicossocial de um indivíduo. Desse modo, abrange a saúde física, o estado psicológico, o grau de dependência, o relacionamento social, as crenças, a relação com o meio ambiente, o ganho financeiro e a liberdade. Definir QV é, portanto, visualizar o indivíduo em seu completo bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, a QV vem sendo incluída em pesquisas clínicas com o intuito de avaliar o impacto da doença como um fator qualitativo complementar, principalmente em relação às enfermidades crônicas ou em pacientes terminais, e até mesmo para avaliar as necessidades dos indivíduos (BIANCHI, 2013).

Diversos instrumentos realizam a medição da QV, os quais são divididos em dois grupos: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são usados na avaliação da QV da população em geral, e ele no campo de aplicação é usado como questionário de base populacional sem especificar as enfermidades, focando mais nos estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde, tendo como os mais utilizados no mundo: *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)*, *Rand Health Insurance Study (Rand HIS)*, *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* e o WHOQOL, proposto pela Organização Mundial da Saúde, dentre outros (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Os instrumentos específicos avaliam de forma individual e específica, e determinam os aspectos da QV favorecendo uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto do estudo. Tem como principal característica a sensibilidade em mensurar as

alterações devido a história natural ou após alguma intervenção. Sendo assim, ele pode ser específico para uma população, enfermidade ou situação específica. Porém, com o surgimento cada vez mais prevalente das doenças articulares, a QV do idoso acaba por ser afetada, necessitando cada vez mais de instrumentos que venham a favorecer essa QV (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008). Neste estudo, será utilizado o WHOQOL-Old, que será tratado com mais especificidade na metodologia.

As doenças articulares ou artropatias são doenças que acometem mais as articulações periféricas. Desse modo, o termo osteoartrite é usado como sinônimo de artrose ou osteoartrose, já a artrite é caracterizado por inflamação das articulações e o reumatismo é tido como um termo indefinido, aplicado a inúmeras condições caracterizadas por dor ou outros sintomas de origem articular. Com isso, de maneira genérica, as artropatias crônicas são denominadas de artrite, artrose, osteoartrite, osteoartrose e reumatismo. Essas denominações podem incluir a artrite reumatoide, doença vertebral e outras artropatias. No entanto, a de maior reconhecimento por sua elevada prevalência entre os idosos é a osteoartrose, considerada uma das doenças mais incapacitantes na velhice (LEITE, 2013).

A AR pode provocar incapacidade funcional significativa e sintomas de depressão, vindo a causar alterações que interferem negativamente no desempenho das atividades diárias e do trabalho, gerando assim um impacto na QV. Esse impacto da AR na QV demonstra que os pacientes apresentam índices de QV significativamente inferiores quando comparados com a população geral e escores de capacidade funcional inferiores quando comparados com outras doenças crônicas. Tais alterações na QV também podem ser identificadas no início da doença. Dessa forma, os fatores que interferem diretamente na diminuição da QV dos pacientes acometidos por AR podem demonstrar relação com a depressão, uma vez que a prevalência dos sintomas depressivos em pacientes com AR é de 33,7 e 53,2%. Sendo assim, devido a esse impacto da depressão na AR é preciso uma atuação clínica dos profissionais de saúde envolvidos no processo de tratamento (CAMPOS et al., 2013).

A osteoartrite, por sua vez, é considerada como uma das doenças reumáticas mais importantes que afeta todos os componentes das articulações, inclusive a cartilagem articular. É uma das doenças mais incapacitantes nos países desenvolvidos e acredita-se que seja a doença articular crônica mais prevalente. Logo, é a forma mais comum de artrite e uma das principais causas de dor e incapacitação. O impacto da doença é tão grande que provoca significativa interferência na capacidade funcional, gerando uma deficiência grave nas atividades de vida diária e está associada à perda considerável de produtividade e diminuição da qualidade de vida (MIRANDA, 2015).

Ademais, as afecções musculoesqueléticas (AME) nos países desenvolvidos são vistas como um grupo de doenças que mais causam dor e incapacidade funcional, acima de qualquer outro grupo de afecções. Entre estas, o conjunto das artrites se destaca em incidência e em severidade por afetar diretamente a independência do indivíduo na realização das atividades da vida diária e de trabalho. Logo, esta categoria de doenças é a principal causa de ausência no trabalho entre homens e mulheres e de incapacidade funcional na população idosa (DARDENNE, 2004).

Diante da magnitude do impacto que as doenças articulares podem desencadear em pacientes por elas acometidos, sobretudo na população idosa, há de se considerar a necessidade de investigar em quais proporções e dimensões tais doenças afetam a qualidade de vida na velhice, para que diante desta compreensão atitudes e práticas de atenção à saúde possam ser desempenhadas com eficácia e efetividade.

3.1 Tipo de estudo

Consta de um estudo exploratório-observacional, de natureza quantitativa. Para Gil (2009), o estudo exploratório tem por intuito a aproximação com o tema, proporcionando uma visão mais clara e delimitada, a fim de propiciar a formulação de problemas concisos ou hipóteses a serem estudadas posteriormente. Já a abordagem observacional baseia-se na coleta de dados para adquirir informações e adota os sentidos como meios para obtenção de fatos no contexto de uma realidade. Esta técnica auxilia na identificação e alcance de provas, a partir da investigação social (GIL, 2010).

Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de natureza quantitativa é caracterizada por ser uma investigação causal baseada na experiência, a partir de uma coleta de dados metódica, na qual envolve informações numéricas, ratificada através de quadros, tabelas e medidas.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), representado na pesquisa por cinco cidades: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, selecionados previamente devido a viabilidade de acesso e aproximação geográfica com o município sede do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (campus Cuité).

As Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram usadas como referência para realização da pesquisa, uma vez que permitiram o contato dos pesquisadores com os prováveis sujeitos do estudo. Contudo, a unidade de referência de coleta de dados foi no domicílio do idoso, o que minimizou o enviesamento da seleção dos participantes.

3.3 População e amostra

Conforme dados censitários do IBGE (BRASIL, 2010) publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuíam um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2.001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375), sendo este contingente o universo

populacional para este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Este grupo amostral referiu-se ao total selecionado para o projeto universal no qual esta proposta foi recortada.

Conforme a distribuição do público alvo, os participantes foram elencados através do critério de acessibilidade que “*constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso é destituído de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo*” (GIL, 1995, p. 97). Nesse sentido, a amostra para este estudo foi baseada nos critérios de inclusão expostos a diante.

Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ autorreferir acometimento por doença articular;
- ✓ ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família; e
- ✓ não possuir deficiência cognitiva.

Foram excluídos os usuários que manifestaram a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condições de participar da pesquisa. Com base nesses critérios, a amostra foi composta por 76 idosos acometidos por doenças articulares.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Questionário para coleta de dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 03 seções, sendo estas descritas como A, B e C.

- ✓ Seção A (Informações Pessoais): para contemplar esta seção foram coletadas as seguintes informações pessoais: faixa etária; sexo; cor da pele; estado civil; arranjo familiar; responsabilidade pelo domicílio; presença de cuidador; identificação do cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.
- ✓ Seção B (Perfil Social): a averiguação do perfil social foi composta pelos seguintes itens: alfabetização funcional; renda do idoso; renda familiar; e autoavaliação das necessidades básicas.
- ✓ Seção C (Estilo de vida): visou averiguar os dados relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, realização de atividade física e nível de estresse.

Questionário Whoqol-Old (Anexo B)

No segundo momento foi avaliada a Qualidade de Vida com a utilização do instrumento WHOQOL-Old, que foi preenchido pelos idosos selecionados para compor a amostra com a co-participação do pesquisador, conforme a necessidade.

O questionário WHOQOL-Old é composto por 24 itens registrados em uma escala do tipo Likert variando de um a cinco pontos. Escores mais altos representaram uma alta qualidade de vida, escores baixos representaram uma baixa qualidade de vida. Os itens estão organizados em seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old foi combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia a função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência no idoso, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o grau de satisfação sobre conquistas vividas e o que anseia. A faceta “Participação Social”

verifica a participação em atividades do cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas em comunidade. A faceta “Morte e Morrer” descreve as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer. E a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas (OMS, 2005).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Por tratar-se de um projeto universal institucionalizado na Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UAENFE/CES/UFCG), a coleta de dados foi efetuada durante os meses de novembro de 2014 e março de 2015, mediante a aplicação dos instrumentos junto aos idosos em seus domicílios.

A equipe de entrevistadores, previamente treinada, foi constituída pela equipe da pesquisa: o pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES/UFCG e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), 13 (treze) alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e 5 (cinco) Enfermeiros recém-egressos do CES.

3.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados quantitativos do estudo, inicialmente foi realizada a digitação das informações no programa *Excel* versão 2010, codificando todas as variáveis contidas nos instrumentos. Em seguida os dados foram importados para o aplicativo IBM SPSS *Statistics* 20.0, para a análise univariada, em que foram calculadas as frequências simples, para as variáveis nominais e ordinais; e medidas de posição (mínimo, máximo e média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

O *software* IBM SPSS *Statistics* também subsidiou a análise dos resultados para avaliação da qualidade de vida adotado pelo Whoqol-Old por meio de cálculos para o Escore Bruto das Facetas (EBF), Escore Médio Padronizado da Faceta (EPF), com valores entre 1 a

5 e o Escore Transformado da Faceta (ETF) variando de 0 a 100. Para pontuar o questionário corretamente, a seguinte lista de pontuação foi administrada (OMS, 2015):

- (a) Escores altos representaram uma alta qualidade de vida, escores baixos representaram uma baixa qualidade de vida;
- (b) Categorização dos itens nas escalas apropriadas. Para itens expressos positivamente, foi aplicado a classificação acima, na qual valores mais elevados representaram uma melhor qualidade de vida. Para itens expressos negativamente, o escore foi recodificado;
- (c) Recodificação dos itens expressos negativamente, isto é, cada item identificado com um “*” na lista de pontuação foi recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos foram invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Ao fazer a recodificação, os escores altos em itens expressos positivamente refletiram uma qualidade de vida mais elevada.
- (d) A utilização da lista de pontuação foi necessária para identificar quais itens pertenceram a uma faceta. Os itens a serem recodificados (veja etapa c) foram marcados com um asterisco;
- (e) A soma dos itens que pertenceram a uma faceta produziu o escore bruto da faceta (EBF). Sua amplitude situou-se entre o mais baixo valor possível (número de itens (n) x 1) e o mais alto valor possível (número de itens (n) x 5) da respectiva faceta. Para o módulo Whoqol-Old, cada uma das seis facetas incluiu 4 itens, assim os valores dos escores brutos mais baixos o possível e mais altos o possível foram iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20);
- (f) A comparação dos escores entre as facetas foi possibilitada ao se comparar diretamente os escores brutos das facetas. Visto que todas as facetas incluíram 4 itens com o mesmo formato de pontuação e classificação, não foi necessária a transformação dos escores brutos (desde que todos os itens por faceta tivessem sido respondidos);
- (g) O escore bruto da faceta foi dividido pelo número de itens na faceta, o escore (médio) padronizado da faceta (EPF) poderia ter qualquer valor decimal entre 1 e 5. O valor 1 representou uma avaliação da qualidade de vida a mais baixa possível e o valor 5 uma avaliação da qualidade de vida a mais alta possível para o indivíduo;

- (h) A transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala (ETE) entre 0 e 100 possibilitou expressar o escore da escala em porcentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Para se obter o escore transformado da faceta (ETF) (0-100), foi aplicado a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$.
- (i) A produção do escore total do Whoqol-Old envolveu a adição dos escores das facetas de uma pessoa usando todos os itens (ao invés dos itens da faceta somente) do questionário (mais uma vez prestando atenção ao procedimento de recodificação – observou-se os passos “b” e “c”). Os itens poderiam ser adicionados para formar um escore bruto total (conforme o passo “e”, mas usando todos os itens), um escore (médio) padronizado total (conforme o passo “g”, mas usando todos os itens), ou um escore transformado total (0-100) (conforme o passo “h”, mas usando todos os itens).
- (j) A acumulação dos valores de mais de uma pessoa – p.ex., uma faixa etária especial – poderia ser realizada simplesmente se somando os escores das facetas e/ou os escores totais de cada indivíduo na amostra (a nível de escore bruto, médio/padronizado ou transformado) e dividindo o resultado respectivo através do número de participantes para produzir o escore médio do grupo correspondente.

3.7 Aspectos éticos

Em conformidade com as exigências éticas em pesquisas, o desenvolvimento da investigação cumpriu os princípios éticos estabelecidos nas diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Com base nesta Resolução, foram assegurados os direitos e deveres dos participantes, bem como o anonimato, a autonomia, o sigilo, a privacidade, a não-maleficência, a beneficência, a justiça, a equidade, entre outros. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), uma ferramenta obrigatória, para familiarização dos participantes com a proposta evidenciada na pesquisa e consentimento da participação livre de riscos ou danos significativos (BRASIL, 2012).

É importante destacar que para a realização deste estudo, a priori, foi solicitada uma autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina

Grande bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014.

4 Análise e Discussão dos Resultados

Nesse capítulo serão expostos e discutidos os resultados referentes à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes, o perfil de estilo de vida e a avaliação da qualidade de vida de idosos com doenças articulares. Para uma apresentação sistemática dos resultados foram construídas tabelas e gráficos, com as respectivas análises e discussões à luz da literatura pertinente.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Os resultados referentes à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes estão dispostos na Tabela 1, englobando as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele/raça, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença do cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de saúde utilizado, alfabetização funcional (ler e escrever), renda do idoso categorizada, renda familiar categorizada e avaliação das necessidades básicas.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=76).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
Sexo	Masculino	26	34,2%
	Feminino	50	65,8%
Faixa etária	60 a 74	46	60,5%
	75 a 89	25	32,9%
	Acima de 90	5	6,6%
Cor/Raça	Branca	34	44,7%
	Parda	34	44,7%
	Amarela	1	1,3%
	Preta	7	9,2%
Estado civil	Solteiro	6	7,9%
	Casado	40	52,6%
	Divorciado	4	5,3%
	Separado	1	1,3%
	Viúvo	24	31,6%
	União consensual	1	1,3%
Arranjo familiar	Sozinho	12	15,8%
	Somente com o cônjuge	17	22,4%
	Cônjuge e filhos	18	23,7%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	5	6,6%
	Somente com os filhos	8	10,5%
	Arranjos trigeracionais	10	13,2%
	Arranjos intrageracionais	1	1,3%
	Somente com os netos	2	2,6%
	Não familiares	2	2,6%
	Outros arranjos	1	1,3%
Responsabilidade pelo domicílio	Próprio idoso	53	69,7%
	Cônjuge	16	21,1%
	Filho(s)	7	9,2%

Presença de cuidador	Sim	36	47,4%
	Não	40	52,6%
Identificação do cuidador	Cônjuge	10	13,2%
	Cônjuge e filhos	3	3,9%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	1	1,3%
	Somente os filhos	17	22,4%
	Cuidador particular	4	5,3%
	Outros	1	1,3%
	Não tem cuidador	40	52,6%
Religião	Católica	63	82,9%
	Evangélica	11	14,5%
	Nenhuma	2	2,6%
Serviço de atenção à saúde de primeira escolha	Sistema Único de Saúde	55	72,4%
	Convênios de saúde	9	11,8%
	Serviços privados	10	13,2%
	Farmácias	2	2,6%
Alfabetização funcional (ler e escrever)	Sim	35	46,1%
	Não	41	53,9%
Renda do idoso categorizada	Menor ou igual a 01 salário	51	67,1%
	Entre 01 e 02 salários	20	26,3%
	Acima de 02 salários	5	6,6%
Renda familiar categorizada	Menor ou igual a 02 salários	45	59,2%
	Entre 02 e 04 salários	26	34,2%
	Acima de 04 salários	5	6,6%
Avaliação das necessidades básicas	Muito boa	3	3,9%
	Boa	37	48,7%
	Regular	30	39,5%
	Ruim	3	3,9%
	Péssima	3	3,9%
	Total	76	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Como pode ser observado na Tabela 1, verifica-se que em relação ao sexo dos participantes da pesquisa, 65,8% são do sexo feminino. Esse achado confirma os resultados de diversos estudos feitos com pacientes acometidos pelas doenças osteoarticulares, em que foi constatada a predominância do sexo feminino. Em pesquisa realizada em um ambulatório de especialidades médicas de um hospital-escola de Marília em São Paulo (ROMA et al., 2014) verificou-se que da amostra de 38 idosos (100%), 86,8% eram do sexo feminino. Na pesquisa de Campos et al. (2013) participaram 30 (100%) indivíduos que possuíam o diagnóstico de AR de acordo com os critérios do Colégio americano de Reumatologia e que eram do Setor de Reumatologia do Ambulatório Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sendo 25 (83,33%) do sexo feminino.

Desse modo, já era expectável essa prevalência do sexo feminino devido a própria amostra ser constituída em sua maioria de mulheres e também pelo fato da AR afetá-las preferencialmente numa proporção de 3:1. Essa prevalência pode ser elucidada pela feminização do envelhecimento, resultante da expectativa de vida das mulheres, em que se pode destacar que o homem quando jovem-adulto acaba por diminuir sua expectativa devido

às mortes violentas e às restrições quanto a busca pelo serviço de saúde (ROMA et al, 2014; KUCHEMANN, 2012). Além disso, segundo Goeldner et al. (2011), a doença sistêmica autoimune atua sobre fatores hormonais, ambientais e imunológicos, que age em indivíduos geneticamente vulneráveis, sobretudo mulheres.

A idade dos participantes teve variação entre 60 a 90 anos, sendo a faixa etária de 60 a 74 anos a que obteve maior destaque, com 60,5% da amostra, seguido de 75 a 89 anos com 32,9% e acima de 90 anos representando 6,6%. Aoyama e Marques (2012) explicitaram resultados semelhantes em sua pesquisa que em relação a faixa etária 37,04% pertencia à faixa etária entre 61 a 70 anos, 14,81% pertencia à faixa etária entre 71 a 80 anos e 3,70% pertencia à faixa etária maior que 80 anos.

A osteoartrite está diretamente ligada ao envelhecimento, ocasiona a dor e a incapacidade funcional gerando prejuízos sociais, psicológicos e econômicos vindo a piorar a qualidade de vida desses indivíduos. Sendo assim, a medida que o ser humano envelhece a doença tende a avançar devido aos aspectos biomecânicos e provocando alterações na funcionalidade e na qualidade vida (SALVATO et al., 2015). A média da idade dos participantes condiz com a expectativa de vida no Brasil, que é de 75 anos (ROSA, 2015) que é justamente o tempo no qual poderá surgir complicações da doença em decorrência da vulnerabilidade do indivíduo ao envelhecimento.

Quanto à variável cor da pele, os resultados mais expressivos foram branca e parda, com 44,7% para ambas, condizendo com as características étnicas da região de execução do estudo. De acordo com o estudo realizado por Bianchi (2013), 371 indivíduos compuseram amostra e 248 (66,8%) eram brancos e 76 (20,5%) pardos, o que mostra que as cores de pele não se igualaram nas estatísticas, tendo uma predominância da cor branca no estudo. Segundo estudo longitudinal norte-americano foi perceptível que a maior prevalência de pardos está ligada ao maior atendimento médico e pelo fato dos brancos terem uma menor incidência no desenvolvimento de incapacidade, em decorrência de uma melhor condição social e menor presença de comorbidades (GOMES; PERES, 2012), o que pode colaborar na compreensão do resultado encontrado.

No estado conjugal percebeu-se a predominância dos idosos casados (52,6%), seguidos de 31,6% viúvos, 7,9% solteiros, 5,3% divorciados, 1,3% separados e 1,3% em união consensual. De acordo com o estudo de Oliveira et al. (2016), realizado no serviço de reumatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará apenas com pacientes com diagnóstico de AR, foi identificado que a população casada tinha 50,9%, enquanto que a solteira tinha 33,3% e a separada/viúva 15,8%. Isso suscita a

importância do conjugue no acompanhamento do manejo terapêutico, vindo assim a favorecer a qualidade de vida desse indivíduo.

O convívio com um cônjuge pode influenciar no vínculo com a família e no apoio ao idoso no que diz respeito à administração de medicações na hora certa, estimulá-los a realizar suas atividades de vida diária sozinhos, procurar o serviço de saúde, dentre outros que podem potencializar o seu bem-estar. Porém, o profissional de saúde deve ficar atento a sobrecarga física e emocional que pode acometer esse cuidador, que normalmente é a esposa do idoso (TAVARES et al., 2014).

Em relação ao arranjo familiar, 23,7% dos idosos convivem com seus cônjuges e filhos. Esse dado sinaliza que o cuidado ao idoso é de responsabilidade familiar, em que principalmente a mulher tem como papel fundamental prestar todo o cuidado para com o seu parceiro como expõem Dahdah e Carvalho (2014). Conforme a legislação brasileira – Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso – a família é a responsável primordial por cuidar do idoso, sendo as mulheres as principais cuidadoras.

De acordo com o estudo de Silva, Santos e Souza (2014), a família é apontada como fonte de apoio e cuidados informais mais efetivos para a população idosa. E nas diretrizes das políticas públicas sociais e de saúde referentes ao envelhecimento, destaca-se a prioridade do cuidado ao idoso por parte da família no ambiente doméstico. E essa família é tida como indispensável na garantia dos direitos sociais e de saúde dos idosos.

Não obstante, de acordo com Resende et al. (2015), o estatuto de idoso explana que é dever do Estado garantir ao idoso a proteção à saúde e a vida conforme as políticas públicas para que esse venha a ter um envelhecimento saudável com condições dignas, assim como a sociedade que também participa do cuidado ao idoso, pois ela vai garantir a liberdade, o respeito, a dignidade como pessoa dos direitos civis, políticos, individuais e sociais preconizados na constituição e leis.

Apesar do cuidado familiar está enraizado culturalmente na sociedade, não é uma realidade dos idosos no geral, pois algumas famílias não podem ofertar um suporte financeiro ou até mesmo não conseguem adequar seu cotidiano com a função de cuidadores (SILVA et al., 2015). Nesse sentido, conforme a nova transição demográfica vivenciada no Brasil, é preciso que o Estado crie e implemente políticas públicas para atender as especificidades desse público alvo. Inclusive os profissionais devem entender o processo de envelhecer no seu aspecto biológico, social, psicológico e espiritual (CUNHA et al., 2012)

No quesito chefe do domicílio, 69,7% são os próprios idosos os chefes de seu domicílio. Rosa (2015) retrata que a participação dos idosos no mercado de trabalho, inclusive

os aposentados, pode indicar uma mudança no padrão de vida, vindo a melhorar as condições mínimas de sobrevivência, uma vez que o salário do idoso pode servir de sustento para a família. Sendo assim, por meio da independência financeira a autonomia é vista como um ato de liberdade para tomar decisões no dia a dia, associado a própria vida e a independência. Também ser compreendida como a capacidade de praticar atividades sem ajuda de outro indivíduo, porém, precisando de condições motoras e cognitivas suficiente para o desempenho das tarefas. Logo, autonomia e independência não são conceitos interdependentes já que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo ou vice-versa (FERREIRA et al., 2012).

O que justifica o idoso permanecer no mercado de trabalho é o fato dele sentir prazer pelo trabalho, querer ocupar o tempo livre, praticar alguma atividade física e mental ou até mesmo devido à necessidade financeira, tanto pela perda dos benefícios concedidos quanto pela necessidade de prover a família (COCKELL, 2014). Embora a família seja vista como forma de amparo e proteção ao idoso é importante destacar que ela aparece na maioria dos estudos como a principal agressora desse tipo de violência. Como o idoso na maioria das vezes sustenta o domicílio, ele acaba por sofrer a violência financeira que ocorre através de grave ameaça ou violência física e até mesmo a psicológica (SANTANA; VASCONCELOS; COUTINHO, 2016).

Wanderbroocke, Wiedemann e Bussolin (2015) ainda afirmam que os idosos são expostos a situações de vulnerabilidade, mas que podem vir a contribuir com a manutenção da estrutura familiar. Logo, as pessoas que estão envelhecendo atualmente têm uma maior disponibilidade de recursos para lidar com as limitações de saúde, vindo assim a viver melhor e por mais tempo e com uma posição mais ativa na família. Sendo assim, como a renda dos idosos aumentou, ela acabou por contribuir no sustento das gerações mais jovens.

De acordo com a Tabela 1, 52,6% dos idosos relataram que não possuem cuidador. No Brasil, inúmeras famílias não têm condições financeiras para contratar um profissional particular que venha a ajudar no cuidado ao idoso, configurando um panorama em que a maioria dos idosos reside com a família e esta é a principal responsável por executar o cuidado. De acordo com o Ministério da Saúde, é a família ou a comunidade quem realizam os cuidados ao indivíduo que necessita, independentemente da idade, se acamada, ou até mesmo com limitações físicas ou mentais (ALMEIDA; BORGES; SHUHAMA, 2016).

A pessoa do cuidador é essencial para o idoso, pois ele tem uma noção dos cuidados necessários para com as atividades cotidianas e serve até de acompanhante. São responsáveis pela higiene, alimentação, controle do uso de medicações prescritas, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida, não interferindo principalmente no seu aspecto psicológico e social

(MOTA; REGINATO, 2015). Por mais que os resultados da pesquisa tenham demonstrado que a maioria dos entrevistados não têm cuidador é preciso enfatizar que esse irá assumir a responsabilidade de dar apoio e ajudar em todas as necessidades, visando uma melhor condição de vida, que é o que se prevê na qualidade de vida dos idosos.

Já em relação à caracterização do cuidador, os dados demonstram que 52,6% não possuem um cuidador. Isso pode ser devido ao fato desse idoso possuir um cônjuge e até mesmo não querer abrir mão da sua independência. O estudo de Wendt et al. (2015) realizado em uma ESF de um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como população indivíduos com idade superior a 60 anos, constatou que a maioria dos idosos era independente e que as atividades de vida diária eram consideradas como atividades de âmbito social. Logo, o cuidado para com esse idoso foi avaliado pela maioria dos idosos como desnecessário para a manutenção de suas atividades fisiológicas e sociais. Sendo assim, é perceptível que essa independência do idoso faz com que seja desnecessária a presença do cuidador, por isso a identificação deste achado.

No item religião, 63 (82,9%) se consideraram católicos, o que condiz com a realidade brasileira cuja religião predominante é a católica (SALTARELI, 2015) De acordo com Mello e Oliveira (2013), no Brasil a maioria das pessoas acredita na fé religiosa quanto a prevenção e cura de doenças, e acreditam que as terapias religiosas curam ao acomodar a experiência caótica do sofredor. Conforme o estudo dos autores citados, cerca de 89% da população brasileira concorda que a religião é importante e que 50% já usaram algum tipo de serviço religioso e que os problemas de saúde estão dentre as principais razões pelas quais as pessoas procuram ajuda religiosa. Logo, o indivíduo doente põe em questão as distinções entre doença material/física e doença espiritual.

Nessa linha de raciocínio, Reginato, Benedetto e Gallian (2016) retratam que a espiritualidade influencia nas condições de vida cotidiana, principalmente na participação do processo saúde-doença. Ela é encontrada em todas as culturas e sociedades e vista nas buscas individuais para um sentido por meio da participação na religião e crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo e humanismo (REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

De acordo com a variável serviço de saúde utilizado, é possível constatar que há uma predominância (72,4%) do uso do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte dos idosos com doenças osteoarticulares em relação aos demais meios de assistência. O SUS oferece ações e serviços de saúde indistinta e gratuitamente à população, disponibilizando drogas modificadoras do curso da doença (DMCD), agentes imunobiológicos bloqueadores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF alfa) de custo elevado, internações hospitalares,

procedimentos cirúrgicos, consultas, exames e recentemente novos agentes imunobiológicos foram inseridos na lista de tratamento das doenças osteoarticulares (GOMES et al, 2016).

Oliveira (2015) ainda expõe que além do SUS ofertar os medicamentos de modo gratuito, contemplando a integralidade da assistência, esses estão disponíveis facilmente nas unidades básicas de saúde, podendo ser retirado pelo indivíduo de acordo com as suas necessidades. Sendo assim, nem todo indivíduo pode custear o tratamento e quando pode tem que deixar de lado suas necessidades básicas, o que eleva a procura pelo SUS.

Como pode ser identificado na Tabela 1, é perceptível a predominância de idosos que não possuem escolaridade (53,9%). Lima et al. (2015) fizeram um estudo com pacientes com diagnóstico de AR acompanhados no serviço de Reumatologia do HUWC da UFC com um total amostral de 131 participantes, em que 15,1% eram analfabetos. Este panorama está relacionado ao pior nível socioeconômico, que pode refletir na condição de saúde, de modo que ele ficará restrito a informações e ao próprio acesso aos serviços de saúde. Conseqüentemente, se ele tivesse acesso precocemente a esses serviços teria um método preventivo no decorrer da vida, inclusive hábitos de vida saudáveis promovendo assim uma melhor qualidade de vida (LEITE, 2013).

Conforme o estudo de Silva, Magalhães e Abreu (2015), mais da metade dos idosos tinham apenas o ensino fundamental e houve um número significativo de analfabetos, contribuindo para um contexto de vulnerabilidade social caracterizado por aspectos culturais, sociais, psicológicos e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. E em seu estudo os autores ainda expõem que a baixa escolaridade reflete na realidade de analfabetismo do idoso nos países em desenvolvimento como o Brasil, pois esta vivenciou a infância em um período em que o ensino não era prioridade, especialmente no caso das mulheres.

No item da renda do idoso, os dados do presente estudo demonstram que 51 participantes (67,1%), possuem como renda individual um salário mínimo ou menos que um salário. Para o quesito renda familiar, 45 idosos (59,2%) enquadram-se na faixa salarial de dois ou menos salários mínimos. Miguel (2016) expõe que os idosos detém de uma renda per capita domiciliar de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos, contradizendo o presente estudo. Morais et al. (2015) aponta que a renda familiar dos idosos tem uma média de R\$1.357,69 e já a renda individual do idoso corresponde a R\$ 788,61.

Sendo assim, mesmo com uma renda relativamente baixa e insatisfatória, sobretudo originada da aposentadoria, o idoso consegue manter-se juntamente com a família, embora com dificuldade. Essa renda é considerada como a maior fonte da família. Apesar da

estabilidade financeira assegurada ao idoso, é limitado o poder de adquirir medicamentos, alimentos e acesso a serviços de saúde para que possa ter um ciclo vital saudável. Porém, essa responsabilidade financeira familiar acaba por interferir em sua QV (MORAIS et al., 2015). Em contrapartida, a renda familiar revela que o salário estabelecido por cada família hoje em dia não mais é necessário para as necessidades básicas, ou seja, a economia da família permite ou permitia um compartilhamento interno entre os que produzem um excedente e os que necessitam desse para sobreviver (DOWBOR, 2015).

Em relação à variável avaliação das necessidades básicas, os dados apontam que apesar das incapacidades advindas do adoecimento, bem como as limitações socioeconômicas, 48,7% demonstram satisfação com as suas necessidades básicas, o que é um requisito imprescindível para uma boa qualidade de vida. Mota et al. (2011) referem que na fase inicial a doença causa um grande impacto na qualidade de vida relacionada à saúde e que vem a intervir no bem-estar físico, mental e social na vida do indivíduo.

Com base no presente estudo algumas variáveis comprovam que a qualidade de vida do idoso é boa, uma vez que é perceptível que o cônjuge é responsável por auxiliar/ajudar o idoso em todas as suas necessidades; o arranjo familiar tem a participação da família no cuidado; o próprio idoso é o chefe do domicílio, desmitificando a conotação de invalidez associada à idade avançada; a inexistência de cuidador, já que o idoso consegue realizar suas atividades básicas de vida diária sem nenhum auxílio, inclusive no âmbito social; e a religiosidade que vai influenciar processo saúde-doença. A combinação dessas variáveis explicita a avaliação favorável do atendimento às necessidades básicas no julgamento dos idosos.

4.2 Perfil de estilo de vida de idosos com doenças articulares

Para averiguar o perfil comportamental do estilo de vida de idosos com doenças articulares foram estudadas quatro variáveis: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática do exercício físico e nível de estresse. Os resultados estão exibidos na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização do estilo de vida de idosos com doenças articulares acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=76).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Tabagismo</i>	Sim	11	14,5
	Não	65	85,5

Consumo de bebida alcoólica	Sim	6	7,9
	Não	70	92,1
Exercício físico	Sim	29	38,2
	Não	47	61,8
Nível de estresse	<i>Média = 4,58</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,168</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 10</i>
Total		76	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Conforme o exposto na Tabela 2, uma maioria expressiva não é tabagista (85,5%). Segundo Oliveira et al. (2016), em estudo realizado com idosas usuárias das academias da terceira idade do município de Maringá, estado do Paraná, demonstrou ainda mais uma superioridade em relação ao estudo em questão, onde observou-se que todas as idosas não fumavam (100%). O fato do indivíduo não fumar tende a favorecê-lo nas DCNT, uma vez que o tabagismo é um dos seus principais fatores de risco, contribuindo assim para uma maior carga de doenças no âmbito global (MALTA et al., 2015).

Uma das principais causas de morte humana e que são responsáveis por mais de 68% dos óbitos são as DCNT, que na maioria das vezes está relacionada com o tabagismo. Sendo assim, o tabagismo além de ser uma doença crônica de dependência da nicotina, é um dos maiores fatores de risco para as doenças e alta mortalidade. Logo, quem não fuma tem uma melhor QV e vive 10 a 15 anos mais. Com isso, Hyeda (2016) afirma que as DCNT incluem as doenças ósseas e articulares e essa está dentre os maiores problemas de saúde pública da atualidade. Conforme o estudo de Vieira et al. (2015), os indivíduos não fumantes tendem a apresentar um índice de QV maior do que os pacientes tabagistas.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 70 indivíduos relataram não consumir bebidas alcoólicas (92,1%). Callou et al. (2016) em estudo realizado com 100 idosos atendidos na USF João Bosco Braga Barreto em Cajazeiras-PB utilizando dentre as suas variáveis, a idade, o tabagismo, a artrite e as doenças do coração, identificaram que 65% dos idosos não faziam uso de álcool, mostrando assim uma compatibilidade com os resultados do presente estudo. Isso reflete um excelente resultado no estudo, uma vez que o álcool é considerado uma droga ilícita que potencializa a ocorrência de problemas físicos, psicológicos e sociais.

O uso abusivo do álcool é comum em indivíduos maiores de 60 anos (MOREIRA et al., 2016). De modo a agravar este panorama, o envelhecimento fisiológico acaba por se tornar responsável por alterações do metabolismo do álcool, tornando o idoso mais sensível à intoxicação (SANTOS et al., 2014). Fernandes (2016) ainda relata que os principais fatores de

risco para as DCNT são os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, excesso de peso, tabagismo e o consumo excessivo de álcool. É inegável, portanto, que a associação entre a ingestão de álcool, velhice e a presença de doenças articulares é incompatível com a manutenção de níveis de saúde e qualidade de vida adequados.

A prática de exercícios físicos em idosos acometidos pelas doenças osteoarticulares é deficitária. Como foi observado na Tabela 2, do total de idosos participantes do estudo, 47 (61,8%) não praticavam nenhum tipo de exercício físico. Em seu estudo, Trindade et al. (2016) obtiveram uma amostra de 542 adultos com idade igual ou maior que 50 anos atendidos em duas UBS de Presidente Prudente – SP. Os pesquisadores associaram a inatividade física com as doenças metabólicas, principalmente as osteomusculares (osteoporose, artrite/artrose, hérnia, lombalgia, escoliose), em que 55% da amostra que possuíam artrite e artrose não praticavam nenhuma atividade física.

Geralmente os idosos não praticam nenhuma atividade física e o envelhecimento tende a causar uma diminuição da flexibilidade e do equilíbrio do corpo. À medida que o indivíduo envelhece vai se perdendo a funcionalidade, e isso pode ser reduzido com a prática da atividade física, além de melhorar as funções cognitivas e funcionais. Conforme preconiza a OMS, o exercício físico é benéfico para indivíduos maiores que 65 anos (MARTINS et al., 2016). Ressalta-se que por maior que o ato de praticar exercício físico não venha a interromper o processo de envelhecimento, acabam por conseguir minimizar os efeitos fisiológicos, vindo a garantir um bem-estar geral, aumento da produtividade, boa saúde cardiovascular e redução das condições sistêmicas de inflamação (TRINDADE et al, 2016).

Ilha et al. (2016) ainda afirmam que o exercício físico melhora a composição corporal, diminui dores articulares, aumenta a densidade mineral óssea, aumenta a capacidade aeróbia, melhora a força e a flexibilidade e diminui a resistência vascular. Quanto às doenças osteomusculares, a intervenção com exercícios físicos pode ser eficaz no tratamento para essas doenças, pois quanto maior o índice de atividade por parte do indivíduo, melhor será seu desempenho nas funções físicas (TRINDADE et al, 2016).

Alguns idosos podem optar em não realizar atividade física por achar que vai estar fazendo de modo errado e com isso vir a agravar sua condição de saúde. Há, portanto, a necessidade de um acompanhamento profissional que lhe traga benefícios em sua QV e não complicações. Porém, é essencial levar em consideração que na maioria das vezes o recurso financeiro não é suficiente, uma vez que ele é considerado como chefe de domicílio como já foi discutido na Tabela 1. Desse modo, a inatividade física e um estilo de vida sedentário aumentam o risco para as DCNT (SILVA et al., 2016). Com isso, devido ao

comprometimento da qualidade de vida na velhice, e em 1994 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional do Idoso (PNI)² e, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos conforme os princípios e diretrizes do SUS (ILHA et al., 2016).

Como também pode ser verificado na Tabela 2, o nível de estresse relatado pelos indivíduos foi intermediário. Tendo sido o estresse avaliado a partir de uma escala numérica variante entre 0 (zero) e 10 (dez), os idosos demonstraram uma média de 4,58, o que pode ser reconhecido como um resultado positivo quando se considera todas as alterações sofridas no avanço da doença e que, certamente, gera uma importante carga de estresse.

Rocha (2014) em seu estudo expôs que existe relação entre o estresse e a AR, mas é escasso na literatura. Quando se fala em estresse na AR, geralmente os autores se referem ao estresse crônico, vindo assim a aumentar a atividade da doença, sobretudo porque os sintomas do estresse juntamente com a atividade inflamatória podem desencadear surtos da doença. Dessa forma, conseqüentemente, o estresse pode ter efeito negativo sobre a saúde, principalmente em indivíduos com disfunção imune, como no caso de indivíduos acometidos pela AR. Porém, os mecanismos fisiopatológicos envolvidos no estresse juntamente com a doença ainda não foram esclarecidos.

4.3 Avaliação da qualidade de vida de idosos com doenças articulares

Para a avaliação da qualidade de vida (QV) de idosos com doenças osteoarticulares, foram calculadas as médias do Escore Bruto da Faceta (EBF) que correspondem ao somatório dos itens que pertencem a cada uma das facetas, cuja amplitude varia entre 4 e 20. Os resultados podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3 - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com doenças articulares (n=76).

Facetas	EBF (m) ± dp
Funcionamento Sensorio (FS)	14,25 ± 4,00
Autonomia (AUT)	13,70 ± 3,08
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	14,58 ± 2,43
Participação Social (PSO)	13,24 ± 3,24
Morte e morrer (MEM)	13,62 ± 4,26
Intimidade (INT)	13,74 ± 4,76
Total	13,85 ± 2,42

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: m = média; dp = desvio padrão; EBF = Escore Bruto da Faceta; EPF = Escore Padronizado da Faceta.

De acordo com os resultados observados na Tabela 3, a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” (EBF=14,58), referindo-se à satisfação dos idosos com as realizações na vida e com objetivos a serem alcançados.

Segundo o estudo realizado por Cartaxo (2012), a vida do indivíduo antes da AR é vista como um período produtivo diante de uma vida ativa, em que suas atividades eram desenvolvidas sem maiores dificuldades. As mulheres eram ativas e conseguiam realizar atividades domésticas e profissionais simultaneamente, seja no ambiente rural ou urbano. Sendo assim, a vida antes da AR foi vivenciada de maneira normal, até porque nessa fase não se tinham quaisquer problemas de saúde, inclusive doenças crônicas pré-existentes, que viessem a acarretar em prejuízos na rotina diária dos indivíduos do estudo. Contudo, quando o diagnóstico da AR é confirmado, o indivíduo se vê obrigado a alterar radicalmente sua vida devido a sintomatologias apresentada. Isso irá interferir na vida diária (incapacidade de usar mãos e dificuldade na marcha), seja nas atividades cotidianas, profissionais, familiares e sociais, seja pelo impacto psicológico gerado pela incapacidade, frustração e depressão, o que vem a interferir na QV do indivíduo acometido pela AR.

Uma vez comprovado que a doença não chega a atingir negativamente na percepção de idosos quanto às suas atividades passadas, presentes e futuras como expõe o estudo atual, Avelino (2014), em estudo realizado com pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide inicial do ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) da Universidade de Brasília (UnB), conseguiu descobrir que apesar do diagnóstico ser precoce e estar associado a um acompanhamento de longo prazo não significou dizer que houve a progressão da doença mesmo após nove anos. Logo, foi um achado positivo onde favoreceu os indivíduos com AR, pois eles conseguiram se adaptar a doença e têm consigo a sensação de se sentir capaz em lidar com a doença se sentindo ativo em seu cotidiano.

Conforme o estudo de Gotijo et al (2012), feito com 217 idosos com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos, que procuraram o ambulatório da cidade de Gurupi no estado do Tocantins e aplicado o questionário sobre Qualidade de Vida – SF-36, foi possível observar que 55,2% afirmaram que tem uma saúde considerada boa, mas 64,5% afirmaram ter dificuldade em executar atividade que necessita de esforço, como correr, levantar objetos, participar de esportes e 93,5% afirmaram ter alguma doença crônica. Sendo assim, é perceptível uma discordância em relação a saúde real e a percepção de saúde que os idosos tem sobre eles mesmos, só que a maioria mesmo doente se sente e assegura não sofrer nenhum impacto com a doença, convivendo e se adaptando de modo que mesmo doente sua

saúde é boa, o que vem a mostrar relação com o estudo em questão, pois mesmo com o quadro patológico da doença articular os idosos apresentam uma boa qualidade de vida.

Ao contrário, a faceta de pior desempenho foi “*Participação Social*” ($EBF=13,24$), que teve escores significativamente abaixo das demais, revelando uma pequena capacidade de participação em atividades do cotidiano, especialmente àquelas desenvolvidas na comunidade, o que expressa uma pior QV neste aspecto. Logo, o fato da velhice estar associada à doença interfere de maneira negativa, vindo a comprometer de maneira significativa a participação dos idosos nas atividades sociais, como comprova o presente estudo.

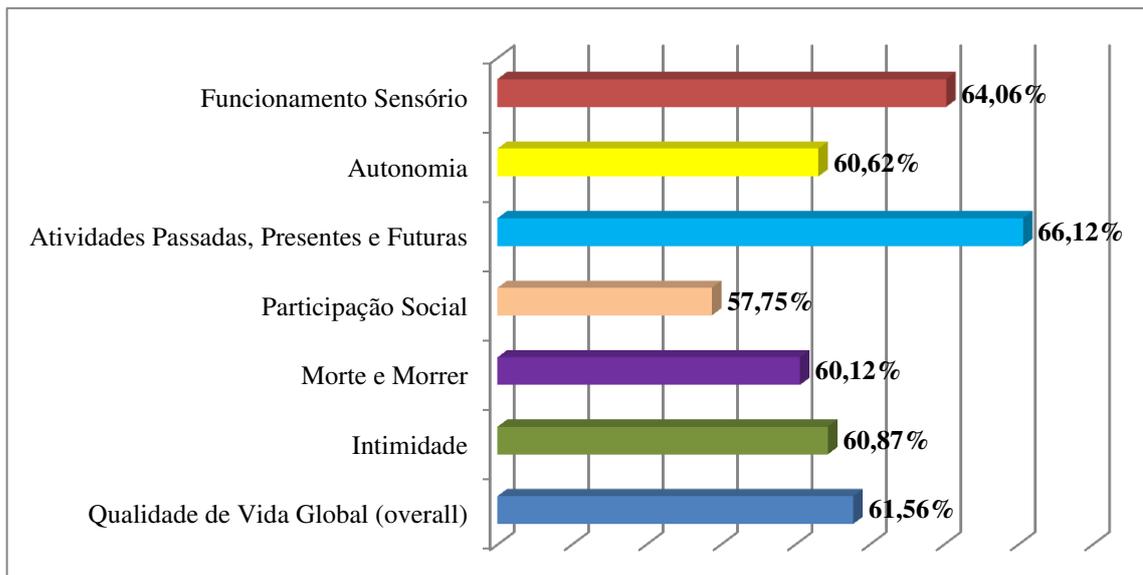
Bordiak et al. (2014) retratam em seu estudo que o próprio processo natural do envelhecimento é responsável por inúmeras mudanças orgânicas e funcionais que acontecem progressivamente, caracterizando-se pela diminuição da atividade do sistema nervoso, diminuição da massa e da força muscular, alterações cardiovasculares, diminuição do equilíbrio, diminuição da capacidade pulmonar, fraqueza e diminuição da massa óssea e comprometimento no funcionamento de diversos órgãos e sistemas. No idoso, uns dos principais transtornos ortopédicos é a artrite e artrose reumatoide.

Conforme Cunha-Miranda (2015), a doença articular acaba por afetar a capacidade funcional do indivíduo, gerando assim uma deficiência grave nas atividades de vida diária, juntamente com a perda da produtividade e diminuição da qualidade de vida. Além disso, interferem diretamente no desempenho de habilidades funcionais como escrever, manusear garfos, facas, copos, utilizar agulhas, limpar os móveis, varrer, arrumar a cama e as atividades laborativas. Uma vez que todas essas atividades são fundamentais para a independência funcional e a QV do indivíduo, quando se tem uma avaliação criteriosa do comprometimento articular fica mais fácil o prognóstico da AR, inclusive na adequação do melhor tratamento (LEHNHARD et al., 2015).

Fulfaro et al. (2012) complementa que a partir do momento em que a doença se estabelece, a articulação sofre um dano inevitável e isso vai afetar tanto sua independência quanto a sua autoestima. Ribas et al. (2016) ainda retratam que essa independência é afetada em diversos graus e acomete o indivíduo em idade produtiva, o que gera limitações nas atividades sociais, de lazer e profissional. Porém, Figueiredo (2015) relata que o tratamento vem como método de aliviar a dor, prevenir deformações e incapacidade, melhorar a função e a qualidade de vida dos doentes e, sempre que possível, alcançar a remissão da atividade da doença. Seja de modo geral, com a educação do doente e família, exercício físico e apoio psicológico, seja através do tratamento farmacológico, cirúrgico e reabilitação, a fim de melhorar a QV desse indivíduo.

Para corroborar os escores já identificados, também foi calculado o Escore Transformado da Faceta (ETF), em que o EBF é convertido para uma escala percentual, possibilitando expressar a relação entre o valor mais baixo possível (0%) e o mais alto possível (100%). O Gráfico 1 apresenta os ETFs bem como o Escore Transformado Total (ETT), que expressa a média percentual da QV dos idosos considerando todas as facetas do questionário (*overall*).

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com doenças osteoarticulares (n=76).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A partir dos resultados das médias de cada faceta, os ETF ratificam que a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Atividades passadas, presentes e futuras*” (ETF=66,12%). Do mesmo modo, a faceta de pior desempenho foi “*Participação Social*” (ETF=57,75%). O resultado demonstra ainda, a partir do ETT, que numa variação de 0 a 100%, a QV Global dos idosos com doenças osteoarticulares foi avaliada em 61,56%. Considerando que escores elevados representam uma alta QV e menores escores uma baixa QV, é possível afirmar que os participantes apresentam-se com uma boa QV. Importante destacar que, conforme empiricamente sustentado por análises do modelo de medição através de modelagem de equações estruturais, a QV é concebida como um fator de ordem mais elevada, subjacente à estrutura do módulo WHOQOL-Old.

As doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, que perduram por diversos anos e essas acabam por afetar diretamente na capacidade funcional do indivíduo, o que compromete a realização de inúmeras tarefas (OLIVEIRA; KRONBAUER; BINOTTO, 2012). Dentre as

doenças crônicas é possível citar aquelas de natureza articular, capazes de causar uma interrupção na vida do indivíduo, uma vez que este terá de reorganizar sua vida cotidiana, sua identidade pessoal e social, pois terá pela frente dificuldades a serem enfrentadas pela doença, onde ele terá de se recolocar no mundo. Sendo assim, os indivíduos acabam desenvolvendo estratégias para lidar com a doença e suas consequentes mudanças, incluindo um suporte social e material quando houver necessidade (TRINDADE, 2016). Contudo, apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo indivíduo acometido pelas doenças articulares, eles conseguem ter um dia-dia sem grandes interferências como mostra o Gráfico 1.

Ferreira et al. (2015) retratam que as doenças reumáticas são apontadas pelo seu comprometimento crônico e incapacitante, gerando assim prejuízos físicos ao indivíduo, atingindo a sua capacidade funcional e intervindo nas atividades cotidianas. Apesar desse comprometimento, ele ainda consegue ter uma vida relativamente boa, como mostra os dados do atual estudo. Umay et al. (2016) ainda reforça o que outros autores constataram falando que a doença articular causa uma destruição articular, diminuição da qualidade de vida e redução da expectativa de vida. Além de interferir na QV diretamente, atinge também aspectos físicos, psicológicos e sociais, e é considerada a doença que tem o maior impacto na QV do indivíduo, prejudicando-o em suas atividades e gerando um impacto socioeconômico em sua vida, juntamente com a ansiedade e depressão (AOYAMA; MARQUES, 2012).

Segundo estudo realizado por Costa (2014), por meio dos dados coletados, percebeu que o afastamento do paciente com AR no trabalho foi devido à idade que junto com a AR facilitou a aposentadoria precoce e também pelo fato da doença, capaz de desencadear muitas dores e inclusive perda de função das mãos e de membro inferior, interferindo assim na locomoção do indivíduo que precisa fazer algumas atividades antes de chegar ao trabalho, como pegar um ônibus, andar em solo irregular e subir escadas. Porém, ele retrata que apesar dessas dificuldades ao usar medicações que aliviam as dores, o indivíduo evitará a progressão da doença, fazendo com que ele possua maior funcionalidade em seus papéis ocupacionais, não interferindo, portanto, significativamente em sua QV.

Em relação a faceta “*Participação Social*”, essa obteve pior desempenho, Aoyama e Marques (2012) retratam em seu estudo que a doença articular causa diminuição na autoestima e perda da motivação, e isso além de prejudicar a sua QV vai dificultar o tratamento. Para a sociedade, ocorre uma perda junto com a diminuição da produção desses pacientes. Ou seja, reduz o desempenho no trabalho, se tem gastos com tratamento e aposentadoria ocorre precocemente, gerando assim até uma insatisfação pessoal (SILVA, 2016).

O indivíduo acometido por doença reumática possui um sentimento de perda, englobando as capacidades, a identidade e as relações; e na maioria das vezes se tem uma perda paulatina de laços sociais devido ao deslocamento dificultoso. Logo, a capacidade desses indivíduos mobilizarem recursos materiais é afetada, interferindo assim em sua autonomia (TRINDADE, 2016).

Rocha (2014) expõe ainda em seu estudo que a AR tem profundas consequências psicológicas e sociais, englobando suspensão do trabalho, papéis sociais, independência, funcionamento familiar, atividade de vida diária, autoconceito, humor e sofrimento psíquico. Além de os problemas psicossociais causarem piora na capacidade de trabalho junto com a incapacidade funcional e a dor, o reflexo na vida sexual, na relação conjugal, nas atividades cotidianas, profissionais, familiares e sociais, vindo a ter a chance de desencadear uma depressão.

Tavares et al. (2012) retrata com propriedade que a diminuição progressiva da produtividade, independência e incapacidades presentes na vida do indivíduo com DCNT geram perdas no contexto pessoal e social e nos cuidados com a saúde. Em se tratando de indivíduos acometidos pelas doenças articulares deve-se atentar para as suas funções do cotidiano, sobretudo por causarem dor crônica, que refletirão em dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais, influenciando na realização das atividades de vida diária, do trabalho e do lazer. Logo, o indivíduo pode ser acometido por uma depressão, disfunção do sono e do apetite, irritabilidade, agressividade, ansiedade, diminuição da capacidade de concentração, atenção e memória, isolamento social e até mesmo incapacidades e redução da qualidade de vida.

Os autores anteriormente citados ainda trazem no seu estudo que as deformidades advindas da doença e a dependência de outra pessoa para fazer as atividades do dia-dia podem ser a causa do afastamento do paciente das relações sociais, com o intuito de se proteger do estigma e do ato de preconceito. Porém, se adaptar a condição crônica da doença pode vir a influenciar no aspecto emocional do paciente, em que ele passa a encarar os problemas provenientes da doença e isso pode influenciar no seu bem-estar. Ademais, os indivíduos que aprenderam a conviver com a doença começam a desenvolver estratégias para lidar com as incapacidades e reorganizar seu cotidiano, e essas estratégias são influenciadas pelo contato social das pessoas, natureza dos sintomas, assimilação das pessoas acerca delas mesmas, o olhar do outro, recursos socioeconômicos e características pessoais.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o intuito de estabelecer uma comunicação diferenciada com a população, pois essa promove a saúde e prevenção de doenças e não

apenas a reabilitação. E a equipe da ESF tem como atribuição e compromisso observar os fatores que interferem na autonomia do indivíduo (DRUMMOND; ALVES, 2013). Uma das doenças que mais interferem na autonomia dos indivíduos é a AR, pois vai gerar uma incapacidade funcional, interferindo em sua QV e na da família. Eis que evidencia-se o papel da equipe, em que deverá ter um conhecimento sobre o impacto da doença e sua relação com a QV, para que as medidas de controle e manejo sejam eficazes no bem-estar do paciente e de sua família (MIRANDA; ARAÚJO; FALEIROS-CASTRO, 2012).

Diferente da promoção, o enfermeiro na reabilitação deve focar na redução da dor, no fortalecimento muscular, na melhoria da coordenação, na minimização de deformidades e sequelas, proporcionar uma melhor funcionalidade e autonomia ao paciente, orientando quanto a questão do repouso e atividade e reintegrar o mesmo em suas atividades cotidianas (BORGES, 2015). É importante salientar que o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas acarretou em uma maior busca nos cuidados com a saúde em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), e isso gerou inovações na organização e oferta de ações de saúde, onde o enfermeiro e outros profissionais tiveram de assumir papéis estendidos, sobretudo porque o paciente passa a ser visto como centro do processo de cuidar. Sendo assim, o cuidado do enfermeiro vem se tornando cada vez mais relevante em relação ao tratamento das pessoas acometidas por doenças crônicas (NUNES; DAVID, 2014).

Diante do exposto, o enfermeiro pode aplicar conceitos, teorias, princípios, referenciais e metodologias que potencializem a troca de saberes, em busca da promoção da saúde, conscientização do autocuidado, facilitando assim o processo de adaptação individual às doenças crônicas. O enfermeiro deve implementar cuidados de enfermagem que possibilitem a aproximação com os indivíduos, ofertando apoio emocional e se interagindo com o mesmo. Isso pode refletir na diminuição do isolamento, na compreensão e descoberta de novos conceitos e ideias que venham a proporcionar mudança no comportamento em prol da promoção da saúde, vindo assim a melhorar sua participação social (JESUS et al., 2015).

5 Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a oportunidade de descrever a caracterização socioeconômica, demográfica e comportamental dos idosos; mensurar a qualidade de vida global dos idosos com doenças articulares; e averiguar a qualidade de vida facetada dos idosos com doenças articulares.

A amostra do estudo foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Este grupo amostral referiu-se ao total selecionado para o projeto universal no qual esta proposta foi recortada. Para a análise da qualidade de vida de idosos com doenças articulares, apenas 76 participantes compuseram a amostra.

De acordo com os dados obtidos, no que se concerne a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra, revelou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino e encontravam-se na faixa etária entre 60 a 74 anos. No que se refere a escolaridade, a grande maioria não sabe ler nem escrever. Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos é casada, porém a soma das variáveis “viúvo”, “solteiro”, “separado”, “divorciado” e “união consensual” representam 47,4% do total, fato que merece relevância. Com relação à variável renda familiar, constatou-se que uma grande maioria possui renda individual de um salário mínimo ou menos, e que o chefe de domicílio são os próprios idosos, constatando-se assim níveis consideráveis de pobreza.

Em se tratando de variáveis comportamentais, identificou-se que os idosos em sua maioria não são fumantes e não consomem bebida alcoólica, um dado bastante expressivo e assertivo para uma melhor qualidade de vida dos mesmos. Diferentemente, o sedentarismo foi prevalente. Em relação a variável estresse, a maior parte dos idosos possui o nível de estresse intermediário. Apesar das incapacidades, os idosos acometidos pelas doenças articulares e limitações socioeconômicas demonstraram satisfação com suas necessidades básicas, o que conseqüentemente acarreta em uma QV boa, como foi considerada pelos idosos do presente estudo.

Diante das considerações expostas, percebe-se que a importância dessa pesquisa não é apenas para a região do Curimataú ocidental, mas sim para fronteiras mais amplas, uma vez que a qualidade de vida do idoso com doenças articulares tende a sofrer impactos no contexto pessoal, social e psicológico. O fato de ser um estudo inovador, devido à escassez na literatura identificada após ampla busca no acervo bibliográfico virtual, converge para a necessidade de que pesquisadores invistam mais na temática, para que novos achados subsidiem e reorientem práticas assistenciais a idosos com agravos articulares, sobretudo no cenário da atenção primária. Não obstante, profissionais da enfermagem devem procurar atuar mais nos meios

preventivos com essa população, uma vez que a assistência na atenção primária ao idoso ainda se limita a hipertensão e diabetes, e a distribuição de medicação sem o devido acompanhamento. A atenção continuada ao idoso acometido por doenças articulares é fragilizada e praticamente inexistente, sobretudo porque de acordo com o estudo quando os idosos procuram o serviço de saúde já estão acometidos pela doença e a única saída é recorrer a atenção secundária e terciária.

Os profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro, que atuam na atenção primária, tem um papel primordial, pois estes tem diariamente a chance de lidar com os idosos acometidos pelas doenças articulares, sendo importante conhecedor das fragilidades e necessidades e tendo competência para desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos mesmos. Uma das ações fundamentais do enfermeiro é incentivar os idosos a cuidarem de sua saúde, orientando-os a terem um estilo de vida mais saudável, como na alimentação, prática de exercícios físicos que vai ajudar a melhorar suas funções cognitivas e funcionais principalmente a hidroginástica; abandono ao tabagismo devido esse ser um fator de risco para as DCNT; consumo de bebidas alcoólicas que essa tende a potencializar problemas físicos, psicológicos e sociais; redução do nível de estresse que apesar das limitações que acometem o indivíduo ele ainda é considerado intermediário o que vem a favorecer o indivíduo com doenças articulares, além de participar das atividades da comunidade. A adoção, mesmo que progressiva, deste perfil, refletirá em importante contribuição para uma velhice saudável.

O enfermeiro pode realizar atividades de educação em saúde de modo a potencializar a troca de saberes para que esses indivíduos acometidos pelas DCNT venham a ter uma conscientização do autocuidado, facilitando assim a adaptação individual às limitações impostas pelas doenças crônicas. Uma vez que, a participação social foi avaliada pelos idosos como a pior faceta da QV, e o enfermeiro além de se aliar a uma equipe multiprofissional, pode criar grupos de idosos com doenças articulares para eles compartilharem suas expectativas, angústias, superações e os diversos sentimentos que os acometem. Ademais, pode desenvolver atividades de inserção social para esses indivíduos, a fim de resgatar a sua autoestima, como oficinas de artesanato, realizar o dia da beleza, fazer visitas no comércio da cidade e colocá-los para exercer uma determinada atividade durante o dia, dentre outros. Sendo assim, o enfermeiro deve implementar cuidados e ações que possibilitem a aproximação com os indivíduos, ofertando apoio emocional e interagindo com o mesmo, permitindo assim a diminuição do isolamento social.

Referências

ABRÃO, A. L. P. et al. O que o reumatologista deve saber sobre as manifestações orofaciais das doenças reumáticas autoimunes. **Rev Bras Reumatol.** 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.08.011>. Acesso em: 21/03/2016.

ALMEIDA, A. J. P. S. **A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida.** 2008. 275f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Do Porto (Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar). Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Tese%20final%20II.pdf>. Acesso em: 24/03/2016.

ALMEIDA, P. H. T. Q. et al. Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber?. **Rev Bras Reumatol.** São Paulo, v. 55, n.3, p. 272-280, mai./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n3/0482-5004-rbr-55-03-0272.pdf>. Acesso em: 25/04/2016.

ALMEIDA, R. R.; BORGES, C. D.; SHUHAMA, R. O processo de cuidar de idosos restritos ao domicílio: Percepções de cuidadores familiares. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.7, n.2, p.93.-105, 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4040/4551>. Acesso em: 24/07/2016.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal De Divulgação**, n.40, Ano IV. mar./abr./mai. 2014. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista. Acesso em: 20/03/2016.

AOYAMA, L.M.; MARQUES, I.R. Qualidade de vida de portadores de Artrite Reumatóide. **Rev Enferm UNISA.** v.13, n.2, p. 85-91, 2012. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-2-01.pdf>. Acesso em: 17/07/2016.

AVELINO, R. P. **Autoeficácia de pacientes com artrite reumatoide inicial e crônica: uma análise comparativa.** 2014. 22 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9648/1/2014_RudjeryParenteAvelino.pdf. Acesso em: 27/08/2016.

BALIZA, G. A.; LOPES, R. A.; DIAS, R. C. O papel da catastrofização da dor no prognóstico e tratamento de idosos com osteoartrite de joelho: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 439-449, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00439.pdf>. Acesso em: 01/09/2016.

BARDUZZI, G. O. et al. Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. **Fisioter Mov.**, v. 26, n. 2, p. 349-360, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n2/12.pdf>. Acesso em: 16/08/2016.

BATISTA, J. S.; PEDOTT, D.; WIBELINGER, L. M. Avaliação das condições de saúde de idosos portadores de osteoartrite em uma cidade do interior do rio grande do sul. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 311-320, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?bh12046>. 04/09/2016.

BIANCHI, W. A. **Avaliação da fadiga em pacientes com artrite reumatoide e sua relação com a qualidade de vida, capacidade funcional, sintomas de ansiedade e depressão e atividade de doença**. 2013. 139f. Dissertação (Doutorado) - Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7121. Acesso em: 16/04/2016.

BORDIAK, F. C. et al. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento de patologias mais comuns em idosos: um estudo de revisão. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 2, p. 131-136, ago. 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/401/312>. Acesso em: 25/08/2016.

BORGES, S. C. S. C. **Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho**. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem de Reabilitação) – Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Bragança, 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12000/1/Sandra%20Cristina%20Soeiro%20Coorea%20Borges.pdf>. Acesso em: 06/09/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa**, 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>. Acesso em: 14/04/2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 10 maio 2015

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2012.

CALLOU, J. L. S. et al. Morbidades prevalentes em um grupo de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 250-264, abr./jun. 2015. Disponível em: http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_4/Trabalho_06.pdf. Acesso em: 06/08/2016.

CAMARGOS, C. N.; MENDONÇA, C. A.; VIANA, E. M. B. Política, estado e sociedade: o estatuto do idoso e a atenção à saúde. **Comum Ciênc Saúde**. v. 17, n. 3, p. 217-227, 2006. Disponível em: http://dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2006Vol17_3artigo6politica.pdf. Acesso em: 16/04/2016.

CAMPOS, A. P. R. et al. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. **Fisioter Pesq.**, v. 20, n. 4, p. 401-407, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n4/v20n4a16.pdf>. Acesso em: 01/09/2016.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, mai./ago. 2008. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1438/1075>. Acesso em: 01/09/2016.

CARDOSO, C. G. **A política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI) e a atenção básica: um estudo de caso no município de Santa Cruz do Sul/rs**. 2015. 116f. Dissertação (Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado) - Universidade De Santa Cruz Do Sul – UNISC. Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: <http://btd.unisc.br/Dissertacoes/CarineCardoso.pdf>. Acesso em: 16/04/2016.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

CARTAXO, I. C. R. **Sintomas psíquicos e dinâmica emocional de pessoas com artrite reumatoide**. 2012. 70f. Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde e Biológica. Campina Grande, 2012. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/709/1/PDF%20-%20Isabel%20Cristina%20Rodrigues%20Cartaxo.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CHAGAS, A. M.; ROCHA, E. D. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 94-96, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a21v69n1.pdf>. Acesso em: 19/03/2016.

COCKELL, F.F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia & Sociedade**. v. 26, n. 2, p. 461-471, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a22v26n2.pdf>. Acesso em: 08/09/2016.

COSTA, L. B. S. **O impacto da artrite reumatoide no desempenho de papéis ocupacionais**. 2014. 32f. Dissertação (Bacharel em Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10293/1/2014_LeandroBorgesSCosta.pdf. Acesso em: 04/09/2016.

CUNHA, J. X. P. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out. /dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>. Acesso em: 03/08/2016.

CUNHA-MIRANDA, L. et al. Avaliação da magnitude da desvantagem da osteoartrite na vida das pessoas: estudo MOVES. **Rev Bras Reumatol**, v. 55, n. 1, p. 22-30, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n1/0482-5004-rbr-55-01-0022.pdf>. Acesso em: 25/08/2016.

DAHDAH, D. F.; CARVALHO, A. M. P. Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 463-472, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/585-2377-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/585-2377-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 01/09/2016.

DARDENNE, C. **Um olhar crítico sobre as recomendações para a prática de atividade física**. 2004. 122f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5404/2/801.pdf. Acesso em: 20/04/2016.

DOWBOR, L. A Economia da Família. v.26, n.1, p. 15-26, 2015. Disponível em: <http://dowbor.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/Economia-da-familia-portugues.pdf>. Acesso em: 21/07/2016.

DRUMMOND, A.; ALVES, F. D. Determinantes na funcionalidade de idosos da estratégia saúde da família – revisão integrativa. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i4.1209>. Acesso em: 04/09/2016.

DUARTE, V. S. et al. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. **Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 26, n. 1, p. 193-202, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000100022. Acesso em: 04/09/2016.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. 20. ed, v.1, jan./mar. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/196-455-1-SM.pdf>. Acesso em: 19/03/2016.

FELLET, A. J.; BARBOSA, L. F.; SOARES, G. F. Osteoartrite. **RBM**, v. 71, n. 12, p. 59-67, dez. 2014. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5959. Acesso em: 21/07/2016.

FERNANDES, D. P. S. **Qualidade da dieta e fatores associados em idosos de Viçosa (MG): um estudo de base populacional**. 2016. 77f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2016. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/7483/texto%20completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09/08/2016.

FERREIRA, A. H. Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Rev Bras Reumatol**. v. 55, n. 5, p. 434-438, 2015. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0482500415000650/1-s2.0-S0482500415000650-main.pdf?_tid=d8f9440a-7d42-11e6-8b34-00000aab0f01&acdnat=1474163854_fb5aa2d04c032f6f04746e3e1d7ad896. Acesso em: 04/09/2016.

FERREIRA, L.; GOMES, E. Papel da glucosamina no alívio dos sintomas da osteoartrose: revisão baseada na evidência. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 30, n. 6 p. 378-384, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000600006. Acesso em: 04/09/2016.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul. /set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04>. Acesso em: 03/08/2016.

FIGUEIREDO, E. V. **Artrite Reumatóide: Implicações na Funcionalidade das Pessoas**. 2015.138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3228/1/ElsabeteVazFigueiredo%20DM.pdf>. Acesso em: 06/09/2016.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3°.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FULFARO, M. A. et al. Caracterização funcional de idosos com artrite reumatóide. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 305-319, 2012. Disponível em : <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20210/25383>. Acesso em: 25/08/2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOELDNER, I. et al. Artrite reumatoide: uma visão atual. **J Bras Patol Med Lab**. v. 47, n. 5, p. 495-503, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n5/v47n5a02.pdf>. Acesso em: 06/09/2016.

GOMES, R. K., et al. Impacto da artrite reumatoide no sistema público de saúde em Santa Catarina, Brasil: análise descritiva e de tendência temporal de 1996 a 2009. **Rev Bras Reumatol**. 2016. Disponível em: 6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.05.003>. Acesso em: 01/09/2016.

GOMES, R. S.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas e demográficas como fatores de risco para a artrite autorreferida: estudo de base populacional em adultos no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1506-1516, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/09.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

GOTIJO, E. E. L. et al. A qualidade de vida em idosos de idosos atendidos no ambulatório do centro universitário UNIRG na Cidade de Gurupi-to. **Biol e saúde**, Campos dos Goytacazes. v. 7, n. 2, p. 39-52, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/A%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20EM%20IDOSOS%20DE%20IDOSOS%20ATENDIDOS%20NO.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

HORIUCHI, A.C. Artrite reumatoide do idoso e do jovem. **Rev Bras Reumatol**, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.06.005>. Acesso em: 03/09/2016.

HYEDA, A. et al. A aplicação da arquitetura de informação na gestão dos riscos das doenças crônicas em trabalhadores: uma análise preliminar. **Rev Bras Med Trab**. v. 14, n. 1, p. 29-36,

2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-4435/2016/v14n1/a5451.pdf>. Acesso em: 06/08/2016.

ILHA, S. et al. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 8, n. 2, p. 4231-4242, abr./jun. 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4242/pdf_1864. Acesso em: 06/08/2016.

JESUS, D. M. et al. Ações de enfermagem na promoção da saúde ao Paciente com espondilite anquilosante. **Revista ACRED**. v. 5, n. 10, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Dialnet-AcoesDeEnfermagemNaPromocaoDaSaudeAoPacienteComEsp-5626630.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

KRELING, N. H. Envelhecimento e inserção do idoso no mercado de trabalho, na Região Metropolitana de Porto Alegre. **Indic. Econ. FEE**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 141-154, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3666-22469-1-PB.pdf> Acesso em: 19/03/2016.

KUCHEMANN B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. v.27, n.1, Brasília, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>. Acesso em: 24/08/2016.

LAURINDO, I. M. M. Artrite reumatóide no idoso. **Einstein**, v.6, n.1, p. 33-39, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ieda_Laurindo/publication/237684989_Artrite_reumatid_e_no_idoso_Rheumatoid_arthritis_in_the_elderly/links/53ff3d860cf21edafd15c43c.pdf. Acesso em: 12/03/2016.

LEHNHARD, A. R. et al. Avaliação da força muscular e amplitude de movimento em indivíduos com artrite reumatoide: uma revisão sistemática. **BIOMOTRIZ**, v. 9, n. 2, p. 20 – 44, dez. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2320-10369-1-PB.pdf>. Acesso em: 25/08/2016.

LEITE, F. **Impacto da doença articular referida na funcionalidade de idosos**. 2013. 95f. Dissertação (Pós-graduação em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/FrancineLeite%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/FrancineLeite%20(3).pdf). Acesso em: 01/04/ 2016.

LIMA, R. T. Q. et al., Perfil do uso de agentes biológicos no tratamento da artrite reumatoide: experiência do hospital Universitário Walter Cantídio. **Rev Med UFC**. v. 55, n. 2, p. 15-22,

2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/32-265-4-PB.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

LUKACHEWSKI, J. M.; CORNELIAN, B. R.; BARBOSA, C. P. A influência do exercício físico sobre a artrite reumatoide – uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 119-136, out./dez. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/8643436-15520-1-PB.pdf>. Acesso em: 01/09/2016.

MALTA, D. C. et al. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 239-248, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00239.pdf>. Acesso em: 06/08/2016.

MALTA, D. C. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out. /dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. et al. Atividade física nos mais de 65 anos e a Promoção da Saúde. **Actas de Gerontologia**, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/55/62> Acesso em: 06/08/2016.

MELO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/76497-104629-1-PB.pdf>. Acesso em: 25/07/2016.

MIGUEL, E. N. **O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais**. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, 2016. Disponível em: <http://locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/8179/texto%20completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15/08/2016.

MIRANDA, A. R. A.; ARAÚJO, C. S.; FALEIROS-CASTRO, F. S. Instrumento para coleta de dados de pacientes adultos com artrite reumatoide. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 2, p. 228-242, mai. /ago. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.213>. Acesso em: 29/08/2016.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 2, mai. /ago. 2005. Disponível em: <http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20%20Relacionados/PolProgIds.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

MORAIS, P. C. A. et al., Pressão arterial, doenças cardiovasculares e hábitos de vida de idosos. **Rev Rene**. v. 16, n. 5, p. 722-730, set./out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i5.2839>. Acesso em: 26/07/2016.

MOREIRA, W. C. et al. Educação em saúde para a redução do uso abusivo de álcool na terceira idade. **R. Interd**. v. 9, n. 1, p. 254-259, jan. /fev. /mar. 2016. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/788/pdf_304. Acesso em: 06/08/2016.

MOTA, C. S.; REGINATO, V. Aproximando o cuidador do idoso: a história oral de vida e a humanização do cuidado. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/848-2723-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/848-2723-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 21/07/2016.

MOTA, L. M. H. et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. **Rev Bras Reumatol**. v. 51, n. 3, p. 199-219, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n3/v51n3a02>. Acesso em: 16/03/2016.

MOTA, L. M. H; LAURINDO, L. M. M.; SANTOS NETO, L. L. Artrite reumatoide inicial – conceitos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.2, p.227-229, 2010. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/10651>. Acesso em: 16/03/2016.

NUNES, A. S.; DAVID, H. M. S. L. Os desafios da enfermagem reumatológica: uma perspectiva emergente no cuidado. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 853-857, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a21.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

OLIVEIRA, A. P. S. **A política de atenção aos/às idosos (as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus**. 2011.143f. Dissertação (Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia) -Universidade Federal Do Amazonas, Manaus/AM. Disponível em: <http://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/2351/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ana%20Paula%20de%20Souza%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

OLIVEIRA, A. V. **Análise dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos para tratamento da artrite reumatoide no Brasil no período 2010 a 2014**. 2015. 54f. Dissertação

(Graduação) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10889/1/2015_AndressaVerasdeOliveira.pdf. Acesso em: 17/07/2016.

OLIVEIRA, D. A. et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos institucionalizados e idosos em cuidado domiciliar. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n. 3, p. 142-179, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/195-748-1-PB.pdf>. Acesso em: 24/08/2016.

OLIVEIRA, D. V. et al. Perfil sóciodemográfico e antropométrico de idosas das academias da terceira idade. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, p. 113-118, abr./jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/7501-35721-1-PB.pdf>. Acesso em: 24/08/2016.

OLIVEIRA, I. A.; KRONBAUER, G. A.; BINOTTO, M. A. Doenças e nível de atividade física em idosos. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 263-273, maio./ago. 2012. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/263-273/pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

OLIVEIRA, L. M. et al. Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide por três anos. **Rev Bras Reumatol** . v. 55, n.1, p. 62-67, 2015. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0482500414001776/1-s2.0-S0482500414001776-main.pdf?_tid=046b5dba-7da4-11e6-add9-00000aab0f6c&acdnat=1474205588_c093bfe98946562f9c5a80e194e7a98b. Acesso em: 14/08/2016.

OLIVEIRA, N. C. Estilo de vida e doenças reumáticas: uma revisão. **Lifestyle J**, v. 1, n. 2, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/124-244-1-SM.pdf>. Acesso em: 14/08/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Whoqol-Old Manual**. 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2013.

PÁSCOA, P. M. G. **A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso**. 2008. 84f. Dissertação (Monografia- licenciatura enfermagem) - Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde-Escola Superior de Saúde. Porto, 2008. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/703/2/Monografia%20Pedro%20P%C3%A1scoa.pdf>. Acesso em: 16/04/2016.

PINTO, P. **Intervenção da Fisioterapia em indivíduos com osteoartrose do joelho: características da prática clínica e resultados obtidos em contexto de prática clínica convencional**. 2013. 139f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em:

[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Mestrado-%20Musculo%20Esqueletica-Paula%20Pinto-2012-2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Mestrado-%20Musculo%20Esqueletica-Paula%20Pinto-2012-2013%20(1).pdf). Acesso em: 04/09/2016.

REGINATO, V.; BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Espiritualidade e Saúde: Uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>. Acesso em: 07/09/2016.

RESENDE, J. O. et al., Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 5, n. 3, p. 1831-1843, set. /dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.880>. Acesso em: 02/08/2016.

RIBAS, S. A. et al. Sensibilidade e especificidade dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na artrite reumatoide. **Rev Bras Reumatol**, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.02.003>. Acesso em: 25/08/2016.

ROCHA, A. I. A. R. F. **Ansiedade, Depressão e Stress em Pessoas com Artrite Reumatóide**. Dissertação (Mestrado) - Instituto Politécnico de Viseu. 2014. 126f. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2835/1/ROCHA,%20AnaIsabelAlmeidaRibeiroFemandes%20DM.pdf>. Acesso em: 06/08/2016.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 1, p. 531-38, jan. /fev. 2014. Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_52_RBC_27_1_Catia_Agnollo_Artigo_Original.pdf. Acesso em: 26/08/2016.

RODRIGUES, A. J.; CAMARGO, R. S. Tratamento fisioterapêutico na osteoartrite de joelho: revisão de literatura. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, v. 2 n. 14, p. 101-114, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/231-878-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/231-878-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 05/09/2016.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 536-545, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

ROMA, I. et al. qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. **Rev Bras Reumatol**, v. 54, n. 4, p. 279-286, 2014. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S048250041400120X/1-s2.0-S048250041400120X-main.pdf?_tid=f4520bda-7dc7-11e6-a6d6-0000aacb362&acdnat=1474221023_b1c0fa11d394266c82bdcac225ed94e2. Acesso em: 16/04/2016.

ROSA, M. O. **O processo de urbanização e a qualidade de vida: observações sobre o espaço urbano de Brasília**. 30f. 2014. Dissertação (Bacharel em Educação Física)- Centro Universitário de Brasília/ Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento – ICPD. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7835/1/51302834.pdf>. Acesso em: 30/03/2016.

ROSA, S. S. **O perfil do idoso no mercado de trabalho brasileiro: análise das PNADs 2002 e 2012**. 2015. 51f. Dissertação (Bacharel em Ciências Econômicas) - Universidade Federal do Rio Grande. Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis. Rio Grande, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/6195/Samanda%20Silva%20da%20Rosa.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21/07/2016.

ROSA, V. D. **Atividade física e a qualidade de vida de mulheres idosas**. 2015. 30f. Dissertação (Bacharel em Educação Física) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7512/1/21212699.pdf>. Acesso em: 27/08/2016.

SALTARELI, S. et al. A dor do existir e a religião na perspectiva dos católicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 685-692, jul. /ago. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/105675-186019-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/105675-186019-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20/07/2016.

SALVATO, K. F. et al. Análise da influência da farmacoterapia sobre a qualidade de vida em idosos com osteoartrite. **rev bras reumatol** . v. 55, n. 1, p. 83-88, 2015. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0482500414001892/1-s2.0-S0482500414001892-main.pdf?_tid=740bff92-7dc9-11e6-83b6-0000aacb360&acdnat=1474221667_18137b7f617001075f950f084c3a3bcc. Acesso em: 01/09/2016.

SANTANA, I. O.; VASCONCELOS, D. C.; COUTINHO, M. P. L. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão Analítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, abr. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/931-4219-1-PB.pdf>. Acesso em: 04/08/2016.

SANTOS, A. S. et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre idosos. **REFACS (online)**. v. 2, n. 1, p. 06-13, 2014. Disponível em:

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/1142/996>. Acesso em: 06/08/2016.

SANTOS, D. C. A.; OLIVEIRA BIANCHI, L. R. Envelhecimento Morfofuncional: diferença entre os gêneros. **Arquivos do MUDI**, v. 18, n. 2, p. 33-46, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/24657-112202-1-PB.pdf>. Acesso em: 16/03/2016.

SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 649- 653, 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1848/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20da%20pessoa%20idosa%20compromisso%20da%20enfermagem%20gerontogeri%C3%A1trica.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21/04/2016.

SARTORI-CINTRA, A. R.; AIKAWA, P.; CINTRA, D. E. C. Obesidade versus osteoartrite: muito além da sobrecarga mecânica. **Einstein**, v. 12, n. 3, p. 374-379, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/2014nahead/1679-4508-eins-1679-45082014RB2912.pdf>. Acesso em: 27/07/2016.

SCHEINBERG, M.; GOLMIA, R.; ROLLO, C. O uso de agentes biológicos no tratamento de artrite reumatóide. **RBM rev. bras. med**, v. 72, n. 9, p. 403-413, 2015. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6210. Acesso em: 19/04/2016.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

SILVA, H. D. A. Análise de polimorfismos nos genes das citocinas envolvidas no desenvolvimento da Artrite Reumatoide. 2016. 147f.. Dissertação (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Biológicas. Recife, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17713>. Acesso em: 27/08/2016.

SILVA, I. L. S. et al. Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. **HOLOS**, v. 8, p. 342-356, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3215-11181-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3215-11181-2-PB%20(1).pdf). Acesso em: 24/07/2016.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-24, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Reflex%C3%B5es%20sobre%20a%20Necessidade%20do>

[%20Cuidado%20Humanizado%20ao%20Idoso%20e%20fam%C3%ADlia.pdf](#). Acesso em: 25/07/2016.

SILVA, L. C. C. et al. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J Bras Pneumol**. v. 42, n. 4, p. 290-298, 2016. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2566. Acesso em: 24/08/2016.

SILVA, L. H. **Doença articular degenerativa: principais meios diagnósticos**. 2012. 40f. Dissertação (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás. Goiânia/GO, 2012. Disponível em: http://ppgca.evz.ufg.br/up/67/o/Semin%C3%A1rio_final.pdf?1352305687. Acesso em: 16/04/2016.

SILVA, L. W. S. et al. Percepções da pessoa idosa quanto aos cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), v. 17, n. 1, p. 69-86, mar. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/19735-49880-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/19735-49880-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 15/08/2016.

SILVA, R. G. et al. Artrite Reumatoide. **RBM - Rev. Bras. Med.** v. 60, n. 8, ago. 2003. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2382&fase=imprime. Acesso em: 14/04/2016.

SILVA, T. B. V.; MAGALHÃES, C. M. C.; ABREU, D. C. C. Capacidade funcional de idosos acolhidos em instituições de longa permanência da rede pública em uma capital da região norte. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, Porto Alegre. v. 20, n. 2, p. 517-534, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/45506-245623-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/45506-245623-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 16/04/2016.

SILVEIRA, M. M. et al. Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8, n.26, out./dez. 2010. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1081/876. Acesso em: 19/03/2016.

TAVARES, A. A. et al. (Re) Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 95-105, 2012. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.011>. Acesso em: 03/09/2016.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização e distribuição espacial de homens octogenários. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 558-564, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a20.pdf>. Acesso em: 06/08/2016.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/5926825-Obesidade-e-qualidade-de-vida-revisao-da-literatura.html>. Acesso em: 30/03/2016.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>>. Acesso em: 23/03/2016.

TRINDADE A. C. A. C. et al. Nível de atividade física e ocorrência de doenças crônicas em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde de presidente Prudente-SP. **J. Phys. Educ.** v. 27, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/28233-142889-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/28233-142889-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 06/08/2016.

TRINDADE, J. O. **Doença como condição social: um estudo sobre as experiências de portadores de doenças reumáticas crônicas em Porto Alegre**. 2016. 106f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas / Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8542/1/000479354-Texto%2BCompleto-0.pdf>. Acesso em: 05/09/2016.

UMAY, E. K. et al. Perturbações sensitivas e polineuropatia em pacientes com artrite reumatoide com deformidade do pé. **Rev Bras Reumatol**, v. 56, n. 3, p. 191-197, 2016. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0482500415000789/1-s2.0-S0482500415000789-main.pdf?_tid=493545a8-7d2e-11e6-b9b4-0000aacb362&acdnat=1474155023_3fc597cd55422bb552ac6ee087310a31. Acesso em: 27/08/2016.

VERAS, M. L. M. et al. Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. **R. Interd.** v. 8, n. 2, p. 119-128, abr./mai./jun. 2015. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/551/pdf_214. Acesso em: 19/03/2016

VIEIRA, F. S. et al. Qualidade de vida de universitários tabagistas no interior de são paulo. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. v. 7, n. 2, 2015. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42809512/Qualidade_De_Vida_De_Universitarios_Tabagistas_No_Interior_De_Sao_Paulo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1474166763&Signature=rAaJ4pVIT9Qcxm328rd9%2B0CVr8c%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DARTIGO_ORIGINAL_QUALIDADE_DE_VIDA_DE_UNI.pdf. Acesso em: 06/08/2016

WANDERBROOKE, A. C. S.; WIEDEMANN, A. M. V.; BUSSOLIN, C.. Participação social e familiar de idosas vinculadas a um grupo de convivência de uma comunidade de baixa renda em Curitiba-PR. **SALUD & SOCIEDAD.**, v. 6, n. 3, p. 212 – 222, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/viewFile/229/205>. Acesso em: 25/07/2016.

WENDT, C. J. K. et al., Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 406-413, mai./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0406.pdf>. Acesso em: 27/07/2016.

WIENS, A. et al. Perfil dos usuários de anticitocinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde no estado do Paraná para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev Bras Reumatol**, v. 52, n. 2, p. 203-213, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n2/v52n2a05.pdf>. Acesso em: 04/09/2016.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas públicas do idoso no brasil: breve análise. **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 3, p. 574-577, jul./set. 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29298/19053>. Acesso em: 16/04/2016.

XAVIER, J. M. V.; QUEIROZ, L. F. R. Alterações morfológicas e funcionais no processo de envelhecimento. **Anais do 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 1, 2015. ISSN 2318-0854. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID2014_08092015202826.pdf. Acesso em: 16/04/2016.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:
Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.
Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.
Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.
Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de idosos com ferida crônica” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

APÊNDICE C
TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

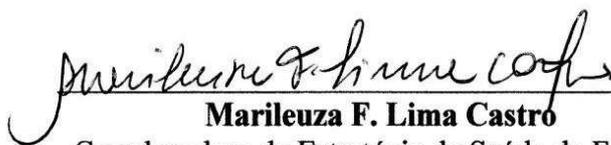
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



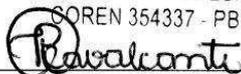
Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB



Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.



Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Seção A: Informações Pessoais		<i>CODIFICAÇÃO</i>
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/_____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	<i>ANCASA:</i> _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	<i>AFILHOP:</i> _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique)	<i>ARELIG:</i> _____

	(99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde(2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar “0”)	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BRENF: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BECONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente(2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor(2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____

B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta) (1) sim (2) não (99) NS/NR B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____ B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B8e) Trabalho remunerado _____ B8f) Outros: Quais? _____	<i>BNENHU:</i> _____ <i>BATVDOM:</i> _____ <i>BESPD:</i> _____ <i>BTRABVOL:</i> _____ <i>BTRABREM:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente) (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____ B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B9e) Trabalho remunerado: _____ B9f) Outros: Quais? _____	<i>NENHUM:</i> _____ <i>BATVDOME:</i> _____ <i>BESPDAN:</i> _____ <i>BTRABVOLU:</i> _____ <i>BTRABREMU:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
Seção C: Estilo de vida		<i>CODIFICAÇÃO</i>																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ unidades/dia	<i>CFUM:</i> _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ dias/semana	<i>CALCOOL:</i> _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR Modalidade: _____ Frequência: _____ vezes/semana	<i>CATIV:</i> _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												<i>CESTRESSE:</i> _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Seção D: Problemas de saúde autorreferidos																								
O (A) Sr (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?																								
	Problema de Saúde	Sim	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? Qual o nome?	<i>CODIFICAÇÃO</i>																		
D1	Anemia	1	2	99		<i>DANEM:</i> _____																		
D2	Ansiedade/Pânico	1	2	99		<i>DANSI:</i> _____																		
D3	Artrite reumatóide/artrose	1	2	99		<i>DREUM:</i> _____																		
D4	Asma ou Bronquite	1	2	99		<i>DASMA:</i> _____																		
D5	Audição Prejudicada	1	2	99		<i>DAUDP:</i> _____																		
D6	Câncer, qual?	1	2	99		<i>DQCANC:</i> _____																		
D7	DPOC (enfisema)	1	2	99		<i>DCANC:</i> _____																		
D8	Diabetes Mellitus	1	2	99		<i>DDIAB:</i> _____																		
D9	Depressão	1	2	99		<i>DDEPR:</i> _____																		
D10	Derrame (AVE)	1	2	99		<i>DDERRA:</i> _____																		
D11	Doença Cardíaca	1	2	99		<i>DCARDI:</i> _____																		

D12	Doença GI Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99		DGASTR:____
D13	Doença Vascular Periférica (varizes)	1	2	99		DCIRC:____
D14	Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99		DNEURO:____
D15	Hipertensão Arterial	1	2	99		DPRESS:____
D16	Incontinência (Urinária/Fecal)	1	2	99		DINCUR:____
D17	Obesidade	1	2	99		DOBES:____
D18	Osteoporose	1	2	99		DOSTE:____
D19	Problemas de coluna	1	2	99		DCOLU:____
D20	Visão Prejudicada (Catarata)	1	2	99		DCATAR:____
D21	Ferida crônica	1	2	99		DFERID:____
D21	Outras, qual?	1	2	99		DOUTR:____

ANEXO B
Questionário WHOQOL-Old

INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas.

Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado (a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz** ou **bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br