



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA



HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA

**VÍDEO EDUCATIVO SOBRE AS DOENÇAS REUMÁTICAS PARA PESSOAS IDOSAS
NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAÚDE**

JOÃO PESSOA/PB

2024

HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA

**VÍDEO EDUCATIVO SOBRE AS DOENÇAS REUMÁTICAS PARA PESSOAS IDOSAS
NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Atenção à Saúde e Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros

**JOÃO PESSOA –PB
2024**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F311v Feitosa, Hanycka Thayara Wanderley.

Vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para
pessoas idosas na atenção secundária a saúde / Hanycka
Thayara Wanderley Feitosa. - João Pessoa, 2024.

87 f. : il.

Orientação: Robson Antão de Medeiros.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Doenças reumáticas - Idoso. 2. Vídeo educativo.
3. Pessoa idosa. 4. Idoso com deficiência funcional. 5.
Doenças Crônicas Não Transmissíveis. I. Medeiros,
Robson Antão de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-002.77-053.9(043)

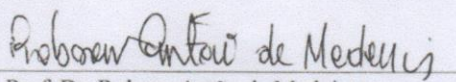
HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA

**VÍDEO EDUCATIVO SOBRE AS DOENÇAS REUMÁTICAS PARA PESSOA IDOSA NA
ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia.

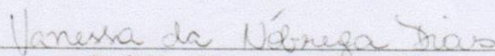
Aprovada em 16 de outubro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

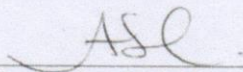


Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros
(Orientador)

Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB



Prof. Dra. Vanessa da Nóbrega Dias
Membro Externo Titular
Universidade Nova Esperança



Profa. Dra. Antônia Lêda Oliveira Silva
Membro Interno Titular
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Dedico este trabalho ao meu amado esposo, Linderlândio Vasconcelos, por ser meu maior incentivador em buscar sempre novos aprendizados, compartilhando comigo todos os momentos, acreditando que posso superar qualquer barreira. A minha filha Maria Helena, por me dar coragem e tornar minha vida mais cheia de sentido.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Sagrada Família por me auxiliarem em todos os momentos, me concedendo crescimento espiritual, forças e a graça de poder concluir e chegar até aqui.

Ao meu orientador Professor Dr. Robson Antão de Medeiros pela confiança, empatia, oportunidade e possibilidade de aprendizado na condução desse estudo.

Aos membros da Banca examinadora: Professora Dra. Maria Adelaide da Silva Paredes Moura e Prof. Dra. Vanessa da Nóbrega Dias, pelas essenciais contribuições e sugestões oportunas para o aprimoramento e prosseguimento deste trabalho.

A secretaria do curso, a Coordenação e aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia pela imensa atenção, suporte e troca de saberes transmitidos ao longo das disciplinas no decorrer do curso.

Aos colegas, em especial: Salete Maria, Juçara Elke, Christiani Carla, Wanessa Nascimento, Ana Carolina, Clara Mota, Kamila de Freitas (Sede de Mato Grosso) Pricila Rejane, Rafaela Lígia, Shimeny, pela partilha de muitos bons momentos de aprendizado, generosidade e acolhimento que tiveram comigo.

Aos amigos-irmãos estimados, Wesley Alberto, Luanna Braga e Thaysia Fernandes e Maria Rejane e Inácio Mariz pelas orações, torcida, demonstrações de incentivos e alegria com essa conquista.

Aos meus pais (Aceu e Salet) por me oportunizarem ter acesso aos estudos e a minha irmã Isabel por dar suporte, juntamente com a minha mãe, cuidando diversas vezes de minha filha.

À Prefeitura Municipal de Queimadas, Paraíba, em especial ao Coordenador Arthur Celys e aos queridos colegas Fisioterapeutas do Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação, pelas colaborações fundamentais durante o desenvolvimento desse estudo.

Aos participantes da pesquisa que despertaram em mim o imenso interesse pela população idosa, o meu muito obrigada por demonstrarem interesse, disponibilidade e alegria em poder contribuir para o aperfeiçoamento do serviço.

Enfim, a todos que por algum motivo contribuíram para a concretização desta pesquisa.

FEITOSA, H. T. W. **Vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para pessoas idosas na Atenção Secundária a Saúde.**2024.88f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMO

Introdução: A longevidade mundialmente alcançada pressupõe certa urgência em tornar ações em saúde direcionadas às repercussões, tanto fisiológicas quanto patológicas do envelhecimento humano, tal como nas doenças reumáticas, que nos últimos anos passaram a ser alvo de estudos que pudessem compreender os fenômenos observados e assim desenvolver ferramentas terapêuticas e tecnológicas, as quais sejam capazes de gerir e prevenir os danos à saúde dessa população. **Objetivos:** investigar nas evidências científicas através de revisão integrativa da literatura quais as intervenções fisioterapêuticas atuais aplicadas em idosos com doenças reumáticas; avaliar o desempenho funcional dos idosos com doenças reumáticas da Atenção Secundária a Saúde; desenvolver um vídeo educativo sobre as doenças reumáticas em idosos. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico realizado em três etapas. A primeira foi realizada uma revisão integrativa da literatura; a segunda foi uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem quantitativa com objetivo de verificar o desempenho funcional dos idosos com doenças reumáticas na Atenção Secundária à Saúde; a terceira foi a construção de um vídeo educativo sobre as doenças reumáticas, possuindo como público alvo principal os idosos. **Resultados:** na primeira etapa foi evidenciado que a atividade física centrada na pessoa e aliada à educação em saúde por meio de suportes tecnológicos educativos, não agrava os sintomas, proporcionaram maior adesão ao tratamento e aumento do desempenho funcional entre os idosos. Na segunda etapa, os dados apresentaram que idosos nesse contexto em sua maioria eram mulheres (82,1%), tinham ensino fundamental incompleto (33,3%); pardos (48,7%); residiam na zona rural (56,4%); casados (61,5%), renda de um salário mínimo (69,2%); católicos (71,8%); autodeclararam sua saúde como regular ou ruim (71,8%); fisicamente inativos (56,4%); possuíam hipertensão arterial (33,3%) ou hipertensão arterial e diabetes (33,3%); espondiloartrose (35,9%), osteoartrose dos joelhos (25,3%) e nenhuma hospitalização anual (79,5%). No desempenho funcional através do WHODAS 2.0 36 itens, apresentaram comprometimentos maiores nos domínios da participação social ($12 \pm 7,1$), mobilidade ($8,68 \pm 4,6$), atividades domésticas ($8,5 \pm 9,8$) e escore total de ($37,7 \pm 18,9$). **Conclusão:** Foi possível verificar que o uso do recurso tecnológico audiovisual educativo em formato de vídeo pode ampliar a assistência aos idosos que buscam assistência fisioterapêutica nesse nível de atenção à saúde.

Descritores: Vídeo Educativo. Pessoa Idosa. Idoso com Deficiência Funcional. Doenças reumáticas. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

FEITOSA, H. T.W. **Educational video on rheumatic diseases for elderly people in Secondary Health Care.**2024.88f. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

ABSTRACT

Introduction: The longevity achieved worldwide has led to a certain urgency in making health actions aimed at the physiological and pathological repercussions of human aging, such as rheumatic diseases, which in recent years have become the target of studies that could understand the observed phenomena and thus develop therapeutic and technological tools capable of managing and preventing damage to the health of this population. **Objectives:** to investigate, through the scientific evidence, through an integrative literature review, which are the current physiotherapeutic interventions applied to elderly people with rheumatic diseases; to evaluate the functional performance of elderly people with rheumatic diseases in Secondary Health Care; to develop an educational video on rheumatic diseases in the elderly. **Method:** This is a methodological study carried out in three stages. The first was an integrative literature review; the second was a descriptive research with a quantitative approach with the objective of verifying the functional performance of elderly people with rheumatic diseases in Secondary Health Care; The third stage was the creation of an educational video about rheumatic diseases, with the elderly as the main target audience. **Results:** In the first stage, it was shown that physical activity centered on the person and combined with health education through educational technological support does not worsen symptoms, provides greater adherence to treatment and increases functional performance among the elderly. In the second stage, the data showed that the elderly in this context were mostly women (82.1%), had incomplete elementary education (33.3%); were mixed race (48.7%); lived in rural areas (56.4%); were married (61.5%), earned one minimum wage (69.2%); were Catholic (71.8%); self-declared their health as fair or poor (71.8%); were physically inactive (56.4%); had high blood pressure (33.3%) or high blood pressure and diabetes (33.3%); spondyloarthritis (35.9%) and osteoarthritis of the knees (25.3%) and no annual hospitalization (79.5%). In functional performance through the WHODAS 2.0 36 items, they presented greater impairments in the domains of social participation (12 ± 7.1), mobility (8.68 ± 4.6), domestic activities (8.5 ± 9.8) and total score of (37.7 ± 18.9). **Conclusion:** It was possible to verify that the use of the educational audiovisual technological resource in video format can expand assistance to the elderly who seek physiotherapeutic assistance at this level of health care.

Keywords: Educational Video. Elderly. Elderly with Functional Disabilities. Rheumatic diseases. Chronic Non-communicable Diseases.

FEITOSA, H.T.W. **Vídeo didáctico sobre enfermedades reumáticas para ancianos en Atención Secundaria de Salud.** 2024. 88 y siguientes. (Disertación) Programa de Maestría Profesional en Gerontología - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMEN

Introducción: La longevidad alcanzada a nivel mundial presupuso cierta urgencia en la adopción de acciones sanitarias dirigidas a las repercusiones, tanto fisiológicas como patológicas, del envejecimiento humano, como las enfermedades reumáticas, que en los últimos años se han convertido en objeto de estudios que permitan comprender los fenómenos observados y desarrollar así herramientas terapéuticas y tecnológicas, que sean capaces de gestionar y prevenir daños a la salud de esta población. **Objetivos:** investigar la evidencia científica, a través de una revisión integradora de la literatura, cuáles son las intervenciones fisioterapéuticas actuales aplicadas a personas mayores con enfermedades reumáticas; evaluar el desempeño funcional de ancianos con enfermedades reumáticas en la Atención Secundaria de Salud; Desarrollar un video educativo sobre enfermedades reumáticas en el adulto mayor. **Método:** Se trata de un estudio metodológico realizado en tres etapas. La primera fue una revisión integradora de la literatura; la segunda fue una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo con el objetivo de verificar el desempeño funcional de ancianos con enfermedades reumáticas en la Atención Secundaria de Salud; el tercero fue la creación de un vídeo educativo sobre enfermedades reumáticas, teniendo como principal público objetivo a las personas mayores. **Resultados:** en la primera etapa se demostró que la actividad física centrada en la persona combinada con educación para la salud a través de apoyo tecnológico educativo no agrava los síntomas, proporciona mayor adherencia al tratamiento y aumenta el rendimiento funcional entre los adultos mayores. En la segunda etapa, los datos mostraron que la mayoría de las personas mayores en este contexto eran mujeres (82,1%), tenían educación primaria incompleta (33,3%); mestizo (48,7%); vivía en zonas rurales (56,4%); casados (61,5%), ingresos de un salario mínimo (69,2%); católicos (71,8%); autodeclaró su salud como regular o mala (71,8%); físicamente inactivo (56,4%); tenía hipertensión arterial (33,3%) o hipertensión arterial y diabetes (33,3%); espondiloartrosis (35,9%) y artrosis de rodilla (25,3%) y ninguna hospitalización anual (79,5%). En el desempeño funcional mediante WHODAS 2.0, 36 ítems presentaron mayores deterioros en los dominios de participación social ($12 \pm 7,1$), movilidad ($8,68 \pm 4,6$), actividades domésticas ($8,5 \pm 9,8$) y puntaje total de ($37,7 \pm 18,9$). **Conclusión:** Se pudo comprobar que el uso de recursos tecnológicos audiovisuales educativos en formato video puede ampliar la asistencia a personas mayores que buscan asistencia fisioterapéutica en este nivel de atención de salud.

Descriptores: Vídeo educativo. Persona Mayor. Ancianos con Discapacidad Funcional. Enfermedades reumáticas. Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as intervenções fisioterapêuticas atuais em idosos com doenças reumáticas entre os anos de 2018 a 2023 no cenário mundial	29
--	----

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Ilustrações e conteúdo que compuseram as cenas do vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para idosos	53
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024	35
Tabela 2 – Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024	36
Tabela 3 – Análise descritiva dos domínios do WHODAS 2.0 (média±DP) em relação as doenças reumáticas dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n= (N=34). Queimadas, PB, 2024	41
Tabela 4 – Análise descritiva da comparação dos domínios do WHODAS de acordo com o grau de escolaridade dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024	46
Tabela 5 – Análise descritiva da comparação dos domínios do WHODAS de acordo com o sexo dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024	47
Tabela 6 – Análise da comparação dos domínios do WHODAS 2.0 entre idosos da área urbana vs. rural dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AIQ	Amplitude Interquartil
AR	Artrite Reumatoide
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEFIR	Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação
CEP/CCS/UFPB	Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DR	Doenças Reumáticas
EA	Espondiloartrite
F&S	Fit&Strong
GE	Grupo Experimental
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HÁ	Hipertensão Arterial
IVCF	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
AO	Osteoartrose
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUBMED	Public Medline
PMPG	Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia
LILACS	Literatura Latino Americana e de Caribe em Ciências da Saúde
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SBR	Sociedade Brasileira de Reumatologia
SSE	Square-stepping Exercise
SUS	Sistema Único de Saúde
TCRM	Tratamento Complexo Reumatológico Multimodal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MEEM	Miniexame do Estado Mental
MeSH	Medical Subject Headings
WoF	Web of Science
WHODAS	World Health Assessment Schedule

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosos	19
2.2 Práticas de autocuidado e a fisioterapia no processo de envelhecimento humano	21
2.3 Intervenções fisioterapêuticas atuais em idosos com doenças reumáticas: revisão integrativa da literatura	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1 Tipo de Estudo	28
3.2 Etapas do Estudo	28
3.3 Local da Pesquisa	30
3.4 População e Amostra	31
3.5 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados	31
3.6 Análise dos dados	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Perfil sociodemográfico da amostra e avaliação do desempenho funcional	34
4.2 Vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para pessoas idosas	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	70
ANEXOS	88

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema na área do envelhecimento humano surgiu a partir das observações e das vivências enquanto profissional da Fisioterapia há 8 anos no âmbito da Atenção Secundária à Saúde no Município de Queimadas, PB. Por meio dessa observação, percebi que mesmo com número alto de profissionais da fisioterapia no setor, era insuficiente para a grande demanda de idosos, bem como a frequência de muitos desses usuários de forma reincidente assim que recebiam alta.

Tal fato me chamou atenção, pois a maioria dos indivíduos possuía diagnóstico clínico de duas ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incluindo as Reumáticas. Demonstrando a existência de problema de saúde pública local de grande relevância.

Com base nessa análise despertou o desejo de aprofundamento na temática com a finalidade de ampliar os conhecimentos sobre o desempenho funcional em idosos nesse contexto, buscando conhecer mais o público estudado e qualificar os serviços ofertados nesse nível de Atenção à Saúde com a finalidade de suprir as necessidades dessa população.

Desta forma, o estudo foi delineado da seguinte forma: introdução, revisão da literatura, percurso metodológico, resultados e discussões e considerações finais.

A introdução aborda sobre a temática estudada, problemática, justificativa, questão norteadora e objetivos do estudo. A revisão da literatura aborda o aprofundamento da temática estudada e evidências científicas sobre as intervenções fisioterapêuticas atuais em idosos com Doenças Reumáticas. O percurso metodológico evidencia o tipo de estudo, etapas do estudo, local da pesquisa, população e amostra, instrumentos e procedimentos para coleta de dados, aspectos éticos e análise de dados.

Os resultados e discussões do estudo tratam dos resultados das análises, discussões centradas na pesquisa e a abordagem sobre o produto tecnológico que trata da elaboração de uma ferramenta tecnológica em formato de vídeo educativo sobre as doenças reumáticas voltada para os idosos. Nas considerações finais abordaremos as principais contribuições do estudo tanto para a população longeva, profissionais em saúde, gestores em saúde como o desenvolvimento de novas tecnologias no âmbito da saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o último censo, dos 203,1 milhões de brasileiros, 22,2 milhões estão na faixa etária dos 65 anos ou mais, com alta de 57,4% em relação a 2010, quando esse contingente era de 14.081.477, ou 7,4% da população (Brasil, 2023). Estimativas ainda apontam que, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de idosos (Brasil, 2017).

Esses dados estão relacionados ao declínio da taxa de fecundidade e mortalidade, associados ao crescimento da expectativa de vida das pessoas, além do desenvolvimento na área do conhecimento, melhorias nas condições sanitárias, práticas e avanços em tecnologias de saúde. Tais fatores estão intimamente ligados ao aumento dessa população (Romero et al, 2019).

Apesar de todos os avanços e melhorias, uma grande parcela da população está envelhecendo com reduzida qualidade de vida, influenciada por fatores sociais e fisiológicos próprios do envelhecimento, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas consequências, que podem comprometer o envelhecimento saudável e ativo, tais como a perda de massa e força muscular, o déficit de equilíbrio, a dor, a rigidez articular e a redução da capacidade de locomoção, além de prejuízos no desempenho das Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABVD/AIVD) (Francisco, 2018; Nagayoshi et al, 2018).

As DCNT são caracterizadas por um conjunto de patologias não infecciosas multicausais que acometem diversos tecidos do corpo humano, com prevalente comprometimento das articulações sinoviais, ocasionando alterações degenerativas, incapacidades, limitações funcionais, dores articulares, dependência de cuidados especiais e medicações contínuas, tornando-as responsáveis por 70% das mortes no mundo (Malta et al, 2017; Oliveira et al, 2021).

Entre as patologias crônicas estão as Doenças Reumáticas (DR), osteoartroses, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, osteoporose dentre outras, que de acordo com estudos são as mais comuns na população brasileira, chegando a acometer cerca de 44% a 70% das pessoas acima de 50 anos e 85% acima de 75 anos (Loures et al, 2016; Malta et al, 2017; Oliveira, et al, 2021).

Estudos apontam que o autocuidado é uma ferramenta importante na melhoria do estado de saúde das pessoas em todas as faixas etárias, inclusive na terceira idade. Ações executadas pelos indivíduos em benefício próprio, como, por exemplo, manter-se fisicamente ativo e ter bons hábitos alimentares, contribuem para a manutenção da integridade física e o aumento da

qualidade de vida, promovendo maior independência funcional e tornando-os colaboradores ativos na promoção de seu bem-estar, em conjunto com os demais profissionais de saúde (Figueiredo; Jacob Filho, 2018; Leite et al, 2020).

Ações preventivas por parte dos profissionais de fisioterapia, ligadas à geriatria, nos fatores fisiológicos e socioambientais que acometem os idosos, revelam-se fundamentais em qualquer nível de atenção à saúde. Segundo Malta et al. (2017) e Leão et al. (2020), o fisioterapeuta desempenha um papel importantíssimo no atendimento dessa população, por ser habilitado na educação, promoção da saúde, intervenção e reabilitação das doenças crônicas e seus agravos.

Considerando os inúmeros desafios que a conquista de envelhecer trouxe ao longo dos anos, a prevalência das DCNT entre os idosos, todas as repercussões funcionais, condições de fragilidade e vulnerabilidade próprias do envelhecimento e que o autocuidado faz parte dos critérios de prevenção, torna-se fundamental o desenvolvimento desta pesquisa sobre a distribuição dessas doenças, por intermédio da interpretação dos dados obtidos, que possibilitará traçar estratégias apropriadas e bem direcionadas ao grupo em análise, as quais poderão ser meios de intervenção da equipe de fisioterapeutas, gestores de saúde e políticas públicas proporcionando assim contribuições valiosas aos diversos núcleos de saberes do campo da saúde tanto para os profissionais e estudantes quando para a população em geral (De Menezes et al, 2018).

Entretanto, Mendes (2010, 2012) ressalta que não se pode continuar oferecendo práticas de cuidado à saúde focadas apenas em doenças agudas ou nas agudizações de doenças crônicas de forma fragmentada, como têm se estruturado os serviços. É fundamental que essas práticas sejam integradas e contínuas, com a colaboração de todos os profissionais da Rede de Assistência à Saúde (RAS), visando construir ações de autocuidado para idosos com doenças crônicas.

Considerando os inúmeros desafios que o envelhecimento traz ao longo dos anos, como a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre os idosos, suas repercussões funcionais e as condições de fragilidade e vulnerabilidade inerentes ao processo de envelhecimento, é essencial que o autocuidado seja considerado um critério de prevenção.

Nesse contexto, o desenvolvimento desta pesquisa sobre a distribuição dessas doenças, por meio da interpretação dos dados obtidos, permitirá traçar estratégias apropriadas e bem direcionadas ao grupo em análise. Essas estratégias poderão servir como meios de intervenção

para a equipe de fisioterapeutas, gestores de saúde e formuladores de políticas públicas, proporcionando, assim, contribuições valiosas aos diversos campos do saber na área da saúde, beneficiando tanto profissionais e estudantes quanto a população em geral (De Menezes et al, 2018).

Deste modo, questiona-se: qual o desempenho funcional nas doenças reumáticas entre os idosos na Atenção Secundária a Saúde?

Possui os seguintes objetivos: 1 – Evidenciar na literatura, através da revisão integrativa quais as intervenções fisioterapêuticas atuais em dos idosos nas doenças reumáticas; 2 – Avaliar o desempenho funcional das pessoas idosas com doenças reumáticas, no âmbito da Atenção Secundária à Saúde; 3 – Elaborar um recurso tecnológico audiovisual educativo em formato de vídeo sobre as doenças reumáticas nas pessoas idosas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM IDOSOS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um conjunto de patologias não infecciosas, ou seja, não causadas por micro-organismos (vírus, bactérias, protozoários, etc.), de origem multifatorial, que acometem diversos órgãos e sistemas do corpo humano. Apresentam duas categorias de fatores de risco: os modificáveis e os não modificáveis. Os fatores modificáveis incluem tabagismo, uso excessivo de bebidas alcoólicas, má alimentação, obesidade ou sobrepeso, dislipidemias e inatividade física. Já os fatores não modificáveis são gênero, cor e hereditariedade. Esse conjunto de fatores gera prejuízos à saúde dos indivíduos, tornando-os mais suscetíveis às doenças crônicas (Malta et al, 2017; Oliveira et al, 2021).

O cenário epidemiológico revela que, anualmente, as DCNT ocasionam milhões de óbitos no mundo (70% de todas as mortes), um dado bastante preocupante. No Brasil, a situação não é diferente: em 2017, 76% das mortes foram registradas por alguma doença crônica, resultado do impacto da transição demográfica no país e com tendência a um número muito mais expressivo nos anos seguintes (WHO, 2018; 2020; Malta et al, 2020).

Ainda que políticas públicas, como o Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNT (2021-2022), prevejam a redução do índice de mortalidade precoce com ações voltadas para os fatores de risco modificáveis das doenças crônicas em geral (Malta et al, 2014), esse índice continua alarmante e se revela ainda pior em algumas regiões do país. A população idosa faz parte de um grupo muito diferenciado, com correlação direta com as desigualdades socioeconômicas, o que traz dificuldades no controle dos fatores de risco modificáveis e no acesso aos serviços de saúde, tornando mais difícil a assistência à população e aumentando a incidência das sequelas funcionais, sobrecarregando o Sistema Único de Saúde (SUS) e resultando em óbitos precoces (Christofolletti et al, 2020).

Entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão as Doenças Reumáticas (DR), que possuem caráter progressivo, lento, sistêmico e, por vezes, autoimune, afetando o sistema musculoesquelético em geral (ossos, tendões, cartilagens, músculos, ligamentos), com ênfase nas articulações sinoviais. Essas condições resultam em consequências imprevisíveis e indesejáveis, sobretudo no desempenho funcional e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos (SBR, 2017; Melo et al., 2019; Antunes et al., 2021).

No que se refere à prevalência em idosos brasileiros, existem mais de 100 doenças classificadas como reumáticas, sendo as mais comuns relatadas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR): osteoartrose, artrite reumatoide, fibromialgia, osteoporose, gota, espondilite anquilosante, febre reumática e lúpus eritematoso sistêmico, que têm em comum sintomas como dor de moderada a intensa, edema local, rigidez articular, fraqueza muscular e fadiga, entre outros (Torres, Neri, Borim, 2016; Laires et al, 2017; Bullock et al, 2018; Melo et al, 2019; Do Nascimento et al, 2020).

Além dos prejuízos físicos, as doenças supracitadas causam danos financeiros, sociais e emocionais, uma vez que estão frequentemente associadas a sintomas depressivos. Elas podem ocasionar a diminuição nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), na participação religiosa, na comunidade, no lazer, entre outras (Torres, Neri, Borim, 2016).

Dados científicos das últimas décadas apontam que pelo menos 70% da população idosa mundial possui mais de uma doença crônica, e essa condição favorece a ocorrência das doenças reumáticas (Torres, Neri, Borim, 2016; Hirsch, 2020). Esse indicador pode ser observado em pesquisas realizadas por Theme Filha et al. (2015) e Rocha et al. (2016), nas quais foram registradas as principais DCNT de 2003 a 2008, como hipertensão (55,8%), doenças de coluna

(33,9%), artrite/doenças reumáticas (31,5%), outras doenças cardíacas (25,3%) e diabetes (15,5%). Outros estudos, como o Fibra 80+ de Campinas, SP (2016-2017), ratificaram esses achados e verificaram a hipertensão (68,1%), artrite/doenças reumáticas (36,1%), osteoporose (31,9%), diabetes (25,9%), doenças cardíacas (20,6%) e depressão (16,4%), além de outros transtornos mentais e neurológicos como os mais citados (Theme Filha et al., 2015; Rocha et al., 2016).

Em consonância com os autores supracitados, Simeli, Padilha e Tavares (2019) evidenciam em seu estudo que a hipertensão é a DCNT que mais acomete a população idosa, seguida da osteoartrose, que é a segunda doença reumática mais prevalente em sua amostra, e a osteoporose, a quinta.

Pesquisas mais recentes realizadas por De Melo et al. (2023) observaram alta prevalência de DR e sua relação com o declínio do desempenho funcional em idosos no Nordeste, sendo a osteoartrose também a segunda doença mais observada com o avançar da idade. Isso revela o impacto das doenças crônicas e a urgente necessidade de intervenções mais eficazes para o controle dessa demanda, além de evidenciar a marcante diferença epidemiológica entre as regiões do país e a crescente importância de outros estudos sobre a distribuição das DCNT em diferentes localidades do estado (Vaz et al, 2013).

2.2 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO E A FISIOTERAPIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

O termo envelhecimento é utilizado para caracterizar mudanças morfofuncionais que ocorrem no organismo humano ao longo da vida, resultando em diversos comprometimentos físicos, como a diminuição progressiva da força muscular, do equilíbrio, da propriocepção, das respostas reflexas, além do declínio da massa muscular e óssea. Em decorrência desses fatores, os idosos estão mais propensos e vulneráveis ao surgimento de doenças que afetam diretamente a funcionalidade e as capacidades físicas e mentais, interferindo nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABVD e AIVD) (Camargos; Gonzaga, 2015; Caldas, 2016).

Neste contexto, surgem dois conceitos a serem mencionados: senescência e senilidade. Ambos estão ligados ao envelhecimento, mas possuem impactos diferentes sobre a saúde

humana. De acordo com Juchem, Daltoso e Carniel (2016), a senescência configura-se como um processo fisiológico natural do organismo, no qual se apresentam algumas condições, tais como lentidão, perda discreta de memória, dificuldade de novas aprendizagens, enrijecimento dos vasos sanguíneos, fragilidade e afinamento da derme, além da redução da imunidade. Já a senilidade está associada a patologias que acometem o indivíduo, ocasionando limitações funcionais significativas e que necessitam de tratamento especializado, como, por exemplo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que incluem hipertensão arterial, diabetes, câncer e doenças reumáticas, acarretando inúmeras dependências.

Nascimento et al. (2020) citam que as principais alterações nos idosos são as reumáticas, que geram danos ao sistema musculoesquelético, entre as quais se destacam lombalgias, osteoartroses, artrite reumatoide, osteoporose, tendinites, bursites e fraturas. Veras e Oliveira (2018) relatam que essas alterações podem contribuir para o agravamento do estado de saúde do indivíduo e o surgimento de outras doenças físicas e psíquicas com evolução crônica, exigindo acompanhamento especializado em diversas áreas da saúde, incluindo a fisioterapia na geriatria.

Rodrigues et al. (2019), em seus estudos, mostraram que a fisioterapia é eficaz no tratamento dos sintomas das DR, mas também em outros níveis de atenção à saúde, como na prevenção das complicações decorrentes. Assim, a fisioterapia se revela como uma das profissões essenciais para proporcionar aumento do desempenho funcional, independência funcional e qualidade de vida dos idosos.

Entretanto, Mendes (2010, 2012), em seus estudos, enfatizou a necessidade de mudança na forma de oferecer tratamento para as doenças crônicas no sistema de saúde. Ou seja, não é mais eficaz fragmentar a assistência ou tratar as doenças crônicas da mesma maneira que vem sendo feito, mas sim organizar os serviços de forma articulada, contínua e conjunta entre profissionais e usuários.

Entre essas novas abordagens, a promoção do autocuidado tem ganhado destaque na saúde, especialmente no tratamento das doenças crônicas. Silva e Domingues (2017) e Prado et al. (2014) definem o autocuidado como ações em que o indivíduo busca desenvolver, de forma livre e consciente, seu próprio bem-estar e longevidade.

Medidas para o autocuidado, como manter-se fisicamente ativo, ter bons hábitos alimentares, reduzir medicações desnecessárias, limitar o consumo de álcool e fumo, controlar o peso e fatores de estresse (Leite et al, 2011), devem ser apoiadas e estimuladas. Isso vai muito

além de simplesmente informar os indivíduos sobre o que devem ou não fazer; trata-se de incentivá-los a agir como colaboradores, permitindo que utilizem, juntamente com toda a equipe de saúde, recursos que visem não apenas focar na doença e seus sintomas, mas também trazer os usuários para participar das ações, incentivando-os a corresponsabilizar-se por suas condições de saúde (Brasil, 2013).

Ross et al. (2019) acrescentam que tais estratégias precisam ser explicadas e repassadas com clareza, de acordo com a condição individual e local de cada indivíduo, para que haja envolvimento e boa adesão no cotidiano.

Azevedo et al. (2020), em sua pesquisa, observaram que os profissionais de saúde devem prestar assistência por meio de apoio educativo, para que os idosos adquiram e busquem implementar em seu dia a dia hábitos que favoreçam a continuidade do uso das ferramentas de assistência, de modo que eles mantenham o autocuidado.

Souza et al. (2016) propuseram as seguintes ferramentas: implementação de grupos de ajuda, telemonitoramento, acesso a programas de aprendizagem em saúde em áreas como esporte, atividades físicas, autogestão em alimentação e nutrição, treinos das ABVD e AIVD, além de cuidados gerais em saúde. Todas essas ferramentas se mostraram eficazes para a promoção da funcionalidade ativa, independência e autoconfiança, sendo eficazes para a manutenção da saúde em idosos (Souza et al, 2005; Almeida; Bastos, 2017).

2.3 INTERVENÇÕES FISIOTERAPEUTICAS ATUAIS EM IDOSOS COM DOENÇAS REUMÁTICAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Os principais resultados obtidos nesta revisão mostraram insuficiência nas pesquisas publicadas sobre o manejo fisioterapêutico em idosos com doenças reumáticas, bem como a maioria restringem-se a estudos sobre a osteoartrose em joelho e/ou quadril e apenas um sobre a Artrite Reumatoide (AR). A maior quantidade também se refere a inespecificidade terapêutica para esse público elencado, ressaltando como tratamento de primeira linha a atividade física supervisionada pelo fisioterapeuta e/ou profissional especializado em fisiologia do exercício e a educação em saúde.

O Estudo de Lange, Gjertsson e Mannerkorpi (2020) teve como objetivo avaliar o efeito do exercício aeróbico e resistido de intensidade moderada a alta com orientação centrada na

pessoa em 47 idosos com idade média de 73 a 74 anos (n=24 GE, n=26 GC), com AR por meio de um ensaio clínico randomizado e multicêntrico. Nesse estudo, pôde-se verificar que os participantes do Grupo Experimental (GE) avaliaram aumento das horas semanais de atividade física após quatro anos ($p= 0,004$) quando comparados aos valores iniciais do estudo. A análise dentro dos grupos mostrou que o Grupo Controle (GC) relatou aumento da dor ($p= 0,035$), fadiga ($p= 0,023$), aumento do número de articulações sensíveis ($p= 0,028$), maior atividade da doença ($p= 0,007$) e piora da saúde global ($p= 0,004$) quando comparado ao pré-teste, enquanto o GE permaneceu no mesmo nível funcional, em outras palavras, o exercício aeróbico e resistidos, acompanhados pelo fisioterapeuta pode retardar e/ou preservar os danos e declínios físicos causados pela AR em idosos.

Shellington et al. (2018) realizou um ensaio clínico piloto randomizado e controlado de 24 semanas com o objetivo de averiguar se um programa de baixa intensidade, tal como o Square-stepping Exercise (SSE), é viável em uma população idosa com Osteoartrose (OA) de joelho. Para esse fim recrutou 22 idosos (n = 10 GE, n = 12 GC), com idade média de 69 anos. O GE evidenciou tendência de aumento da mobilidade dos membros inferiores verificada no teste de levantar da cadeira de 30 segundos em 12 semanas (V1) e 24 semanas (V2).

Além disso, aumento na velocidade de marcha, foram observadas em V2 quando comparado com os valores do início do estudo. Houve efeito próximo ao positivo na escala ABC em V1. Não houve outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ou tamanhos de efeito dignos de nota para quaisquer outras medidas de equilíbrio, atividades de lazer ou condicionamento físico.

De semelhante modo, o estudo de Voigt et al. (2019), o qual procedeu em idosos com a mesma faixa etária, entretanto supervisionado por outro profissional de saúde sem ser o fisioterapeuta, evidenciou que exercícios físicos, mesmo com baixa intensidade, podem aumentar a força muscular bem como ocasionar uma maior ativação neural nos músculos, repercutindo consequentemente em maior desempenho e independência funcional desses indivíduos.

No estudo de Lin et al. (2022), foram analisados 38 idosos (n = 20 GE, n = 18 GC) com idade entre 65 e 70 anos com finalidade averiguar o efeito do exercício de remo com *biofeedback* no aumento da força e função muscular nos membros inferiores de idosos com OA leve de joelho.

A aptidão funcional dos participantes do GE expôs escores pós-testes significativamente maiores, incluindo WOMAC ($p= 0,006$), força dos abdutores, adutores, extensores e flexores do quadril, força de flexores e extensores do joelho e alcance funcional (cm) ($DM = 3,74 [0,68; 6,80]$, $p= 0,018$), comparados aos do GC após a intervenção.

De modo diferente das evidências do estudo de Shellington et al. (2018), os testes de sentar e levantar da cadeira de 30 segundos e o teste de caminhar de 10 metros não revelaram qualquer relevância entre os dois grupos. Contudo, Lin et al. (2022) apresenta que diferente dos exercícios convencionais utilizados como ferramenta para tratamento de OA leve em idosos, o exercício de remo pode ser um meio útil aplicado pelos fisioterapeutas para redução de impacto articular e consequentemente suscitar a redução da dor.

Ledingham et al. (2019) em seu estudo com 25 idosos diagnosticados com OA de joelho ($n = 14$ GI, $n = 11$ GC), com idade média de 67 anos, teve como objetivo entender as experiências, sentimentos e perspectivas relacionadas à adesão ao exercício físico supervisionado pelo fisioterapeuta ao longo de dois anos seguidos. Após a análise, observou-se que os idosos participantes do GI sentiram-se mais confiantes, motivados e seguros ao desempenharem com mais habilidade as atividades do dia a dia, devido ao aprimoramento do desempenho funcional, e para exercitarem-se por conta própria em ambiente fora do consultório.

O recurso da definição de metas através do suporte tecnológico proporcionou também maior auto responsabilidade no gerenciamento de suas dores e motivação para dar continuidade com os cuidados aprendidos no decorrer das sessões. O GC não obteve os mesmos resultados do que o GI, entretanto ambos concordaram que o suporte tecnológico oferecido foi positivo para a adesão e permanência dos cuidados aprendidos com o profissional da fisioterapia, sentindo-se mais encorajados a cuidarem de sua saúde.

Corroborando com esses resultados, Lee et al. (2023) também observou que a reabilitação fisioterapêutica através do exercício físico, mesmo de forma remota através de suporte tecnológico dos aparelhos de Smartphone, foi efetiva no aumento da força e funcionalidade dos membros inferiores em mulheres idosas com osteoartrite de joelho. Estas descobertas sugerem que a reabilitação fisioterapêutica aliada ao suporte remoto pode ser usada como uma alternativa segura às intervenções de exercícios para pacientes com osteoartrite de joelho, pois contribuem para o autogerenciamento e maior adesão às condutas propostas.

Marconcin et al. (2021) pesquisou a efetividade de uma intervenção de 12 semanas de auto manejo e exercício físico para melhorar a autoeficácia em 80 idosos (n = 32 GI, n = 35 GC) divididos em Grupo Educacional ou GC e Grupo Autogestão e Exercício ou GI, com idade média de 69 anos e diagnóstico (OA) de joelho. A autoeficácia nesse estudo foi focada em estratégias que proporcionem a melhora na alimentação, sintomatologias da OA com ênfase no controle da dor e aperfeiçoamento na comunicação entre os idosos e os prestadores de cuidados da saúde, ou seja, fisioterapeutas e/ou outros profissionais da saúde.

O GI experimentou resultados estatisticamente mais significativos na autoeficácia, interesse pelos exercícios físicos propostos, aumento do equilíbrio, redução do sedentarismo, força de membros inferiores, melhores do que os do GC. No tocante ao componente dor, o GI exigiu maiores intervenções no manejo da sintomatologia dolorosa durante e após do exercício quando comparado ao GC. A velocidade da marcha, equilíbrio e mobilidade não atingiram significância entre os grupos.

Gohir, et al, 2021 em seu estudo realizado com 105 idosos (n = 48 GI, n = 57 GC) com idade média de 66 a 71 anos de idade teve como objetivo principal comparar o efeito de um tratamento baseado na internet para OA de joelho versus o autogerenciamento de rotina, ou seja, cuidados usuais. Na semana inicial do estudo, não houve diferenças significativas entre os grupos, no entanto no seguimento de 6 semanas, o GI mostrou maior redução do escore de dor do que no GC (diferença entre os grupos, -1,5 [IC 95%, -2,2 a -0,8]; $p < .001$).

De semelhante modo, o GI teve melhores índices no teste de sentar para levantar de 30 segundos (diferença entre os grupos, 3,4 [IC 95%, 2,2-4,5]; $p < 0,001$) e *Timed Up-and-Go* (diferença entre os grupos, -1,8 [IC 95%, -3,0 a -0,5] segundos; $p = 0,007$), bem como as subescalas WOMAC para dor (diferença entre os grupos, -1,1 [IC 95%, -2,0 a -0,2]; $p = 0,002$), redução da rigidez articulares (diferença entre os grupos, -1,0 [IC 95%, -1,5 a -0,5]; $p < 0,001$) e aumento do desempenho físico (diferença entre os grupos, -3,4 [IC 95%, -6,2 a -0,7]; $p = 0,002$) quando comparado ao GC de cuidados habituais.

Assim sendo, evidenciaram que o manejo da OA individualizado através dos exercícios físicos, juntamente com o apoio, engajamento e suporte dos fisioterapeutas através da tecnologia do smartphone, aplicativo iOS (Apple) ou Google Play (Alphabet), para com os idosos que participaram do estudo, pode ter desempenhado um papel fundamental nesses

resultados, visto que o GC feito com cuidados habituais não foi monitorado, motivado ou apoiado pelo fisioterapeuta da pesquisa.

Ratificando com os resultados de Ledingham et al. (2019), Marconcin et al. (2021) e Lee et al. (2023). Duarte et al. (2020), em seu estudo teve como objetivo examinar a viabilidade e o impacto de um programa multicomponente (exercícios e educação em saúde) realizado por fisioterapeuta, de 8 semanas entre 31 idosos ($n = 23$ GI, $n = 8$ GC) portugueses com OA com idade média de 68 anos. Os resultados apontam que os idosos no GI tiveram alterações positivas e duradouras no aumento do desempenho físico, na funcionalidade, na redução da ansiedade e medo do movimento, na ausência de sintomatologia dolorosa quando comparados ao GC.

Dessa forma, o programa *Fit & Strong* (F&S) mostrou-se eficaz para o manejo da dor crônica reumática em idosos com OA pelos fisioterapeutas bem como outras categorias profissionais que tratam da função física, por não causar nenhum agravamento da sintomatologia, proporcionar a maior adesão a mudança no estilo de vida e ser seguro, de baixo custo, eficaz e favorecer ao bem estar físico e psicológico de seus usuários.

Klemm et al. (2019) realizou seu estudo com amostra de 100 indivíduos, com idade média entre 56 a 80 anos, com o objetivo de analisar os efeitos do Tratamento Complexo Reumatológico Multimodal (TCRM) com foco na fisioterapia sobre a dor e o estado funcional em pacientes com doenças reumáticas, incluindo a Espondiloartrose (EA) axial e EA axial não radiográfica, artrite psoriática.

O TCRM verificou redução significativa da dor, mesmo em alguns indivíduos com escore de dor relativamente alto, (EN: $p < 0,001$), bem como aumento relevante da capacidade funcional (FFbH: $p = 0,03$; HAQ: $p = 0,02$; BASFI: $p < 0,001$) e atenuação expressiva da atividade da doença (a média do BASDAI diminuiu de 5,18 para 3,78).

Por conseguinte, essas evidências sugerem que o TCRM pode ser um complemento eficaz e valioso aos programas de fisioterapia ambulatorial, particularmente em pacientes com quadro sintomatológico leve ou grave de dor e declínios funcionais.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico realizado em etapas, que visa à construção de um recurso tecnológico audiovisual educativo em formato de vídeo com orientações em saúde sobre doenças reumáticas, baseado em evidências científicas.

3.2 Etapas do estudo

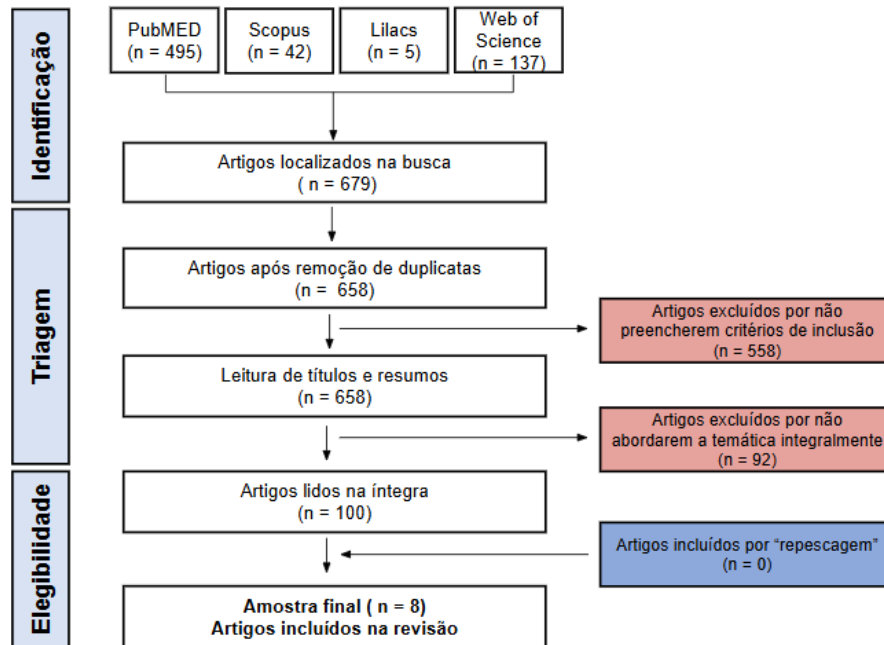
O estudo foi dividido em três etapas: 1. Revisão integrativa da literatura sobre as intervenções fisioterapêuticas atuais aplicadas a idosos com doenças reumáticas; 2. Pesquisa de campo de abordagem quantitativa para avaliar o desempenho funcional dos idosos com doenças reumáticas na Atenção Secundária à Saúde; 3. Elaboração de um vídeo educativo sobre as doenças reumáticas.

A primeira etapa foi evidenciar na literatura, através de uma revisão integrativa, quais as intervenções fisioterapêuticas atuais em idosos com doenças reumáticas, entre os anos 2018 a 2023 no cenário mundial, realizada nas bases de dados: *Public Medline* (PUBMED), SCOPUS, *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Web Of Science* (WoS), no período de dezembro de 2023, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus respectivos termos associados da *Medical Subject Headings* (MeSH): Elderly/Idosos, Rheumatic diseases/Doenças reumáticas, Physiotherapy/Fisioterapia, delimitados de acordo com cada base de dados, para delinear a estratégia de busca única. Foram utilizados operadores booleanos AND e OR, na conjugação dos cruzamentos dos elementos da estratégia PICOT, no intuito de se obter quantitativo manejáveis para a condução da pesquisa.

Foram incluídos estudos do tipo ensaios clínicos randomizados que abordassem a temática proposta, sem restrições quanto ao idioma. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, teses, dissertações, monografias, resumos, anais de eventos e artigos incompletos. Nas bases de dados, foram encontrados 659 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 558 artigos foram descartados por não atenderem aos critérios estabelecidos, 21 foram

eliminados por duplicação e 79 por não abordarem a temática de forma integral. Assim, restaram 100 estudos. Desses, 8 foram selecionados para a revisão (Figura 2).

Figura 1 - Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as intervenções fisioterapêuticas atuais em idosos com doenças reumáticas entre os anos de 2018 a 2023 no cenário mundial.



Fonte: Elaboração da Autora

A segunda etapa consistiu em uma pesquisa de caráter descritivo e abordagem quantitativa, com a finalidade de identificar o desempenho funcional em idosos com doenças reumáticas. A partir dos resultados do estudo da revisão integrativa e da pesquisa de campo, foram analisados os dados dos idosos usuários da Fisioterapia na Atenção Secundária à Saúde.

A terceira etapa baseou-se nas evidências científicas da revisão integrativa e da pesquisa de campo. Após a análise das características da amostra dos idosos, foi construída uma ferramenta tecnológica audiovisual em formato de vídeo, com orientações sobre as doenças reumáticas, a importância da prática de atividade física centrada na pessoa e o autogerenciamento das dores, visando à funcionalidade global dos idosos do Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação (CEFIR).

O desenvolvimento do produto ocorreu em três fases, que são: pré-produção através da construção do roteiro, produção por meio da elaboração do *storyboard* para a construção do vídeo e pós-produção mediante a edição do vídeo.

Na pré-produção, foi construído o roteiro que deu base para a produção do *storyboard*, o qual consiste em apresentar o fluxo cronológico das ilustrações de cada cena a ser produzida e promove a prévia visualização do *layout* do produto final.

O *storyboard* foi construído por uma empresa de comunicação qualificada, composta por profissionais especializados em *design*, com experiência na produção de vídeos em formato de animação digital e locução profissional. Essa forma de vídeo foi escolhida por favorecer a narração e a apresentação organizada das informações em sequência e ordem temporal, além de possibilitar a adição de recursos visuais e sonoros, chamando a atenção do espectador pela interação entre o lúdico e o real (Galindo-Neto et al., 2019).

Após a fase de elaboração do *storyboard*, iniciou-se a fase de produção do vídeo. Para as animações de imagem, foi utilizado o programa *Adobe After Effects*. O *storyboard* possui 14 telas e foi diagramado com o auxílio do programa *Adobe Illustrator*. A narração em áudio foi realizada por uma locutora feminina, contratada de uma empresa profissional, e editada no programa *Adobe Audition*.

Na fase de pós-produção, foram executadas as edições, a finalização e a organização do vídeo em padrão *Full HD*, com duração de 3:00. O formato final de codificação foi MP4, e os dispositivos selecionados para armazenamento foram *pendrive* e *notebook*.

3.3 Local da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação (CEFIR) Jossênio de Sousa Barbosa, no município de Queimadas-PB, situado no endereço Rua Rúbem Lopes, S/N, Bairro Centro, CEP: 58475-000. O funcionamento ocorre em três turnos, sendo que o turno noturno é direcionado para a Saúde do Trabalhador. O serviço é composto por dezesseis fisioterapeutas, com abordagem em fisioterapia geral, e cada profissional realiza dez atendimentos por turno. A demanda para os usuários direcionados a esse nível de atenção à saúde é previamente programada, com agendamento da avaliação inicial com o(a) fisioterapeuta específico(a) de cada dia e turno. É estimado um protocolo de dez sessões para cada usuário,

podendo esse quantitativo ser prorrogado ou reduzido, dependendo da necessidade individual de cada paciente.

3.4 População e amostra

A população do estudo foi composta por 50 idosos, considerando o número de indivíduos que estavam vinculados ativamente ao serviço, aferido entre os meses de maio e junho de 2024. O município está localizado no Agreste paraibano, a 133 km de João Pessoa, possui uma área territorial de 402,748 km² e está situado na Paraíba, com população estimada em 44.388 habitantes (IBGE, 2021), sendo composto por 6.874 idosos.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio do software de domínio público Epi Info 7, versão 7.2.4, através do módulo *Statcalc-Sample Size and Power*. Esse cálculo baseou-se numa prevalência de idosos de 80% no CEFIR, considerando uma margem de erro de 0,07 (7%) e um nível de confiança de 90%. Assim, encontrou-se uma amostra de 38 idosos. A amostra final foi de 39 indivíduos, dos quais 34 foram incluídos entre maio e junho de 2024, atendendo aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Foram incluídos no estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que apresentavam pelo menos uma doença reumática diagnosticada por médico, e que atingiram a pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de acordo com os pontos de corte relacionados ao grau de escolaridade: analfabetos ≥ 20 , baixa escolaridade (1 a 5 anos de estudo = 22), média escolaridade (6 a 11 anos de estudo = 23) e alta escolaridade (12 ou mais anos de estudo = 24) (Brucki et al., 2003) e aqueles que aceitaram voluntariamente participar do estudo.

Os idosos incapacitados de responder aos questionários devido a comprometimento cognitivo evidenciado pelo MEEM e aqueles que desistiram ao longo do trabalho foram automaticamente excluídos da pesquisa

3.5 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

O presente estudo foi realizado por meio da coleta de dados, utilizando uma entrevista estruturada composta por três instrumentos para a investigação de diferentes aspectos. O primeiro

instrumento foi um questionário elaborado pela própria autora (APÊNDICE A) para caracterizar fatores sociodemográficos, como: idade, sexo, diagnóstico de DCNT e doença reumática, avaliação do estado de saúde, número de hospitalizações anuais, estado conjugal, grau de escolaridade, cor/raça, residência, renda, prática de atividade física e religião.

O segundo instrumento avaliou a função cognitiva por meio de 11 itens, com o objetivo de identificar possíveis comprometimentos utilizando o MEEM (APÊNDICE B), criado por Marechal F. Folstein, Susana E. Folstein e Paulo R. McHugh, desenvolvido nos Estados Unidos da América em 1975, e traduzido, validado e adaptado para diversos países, incluindo o Brasil. O MEEM é composto por três seções que mensuram funções cognitivas: a primeira avalia a orientação tempo/espaço, memória imediata e atenção; a segunda mede a capacidade de nomeação e a obediência a um comando verbal; e a terceira envolve a escrita de três palavras, atenção, cálculo e cópia de um desenho (polígonos) (Folstein; Folstein; McHugh, 1975). O escore varia de 0 a 30 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhores são as funções cognitivas do indivíduo.

O terceiro instrumento avaliou o desempenho funcional dos idosos, mensurado por meio do World Health Assessment Schedule (WHODAS 2.0), versão completa com 36 itens, administrada por um entrevistador. O WHODAS foi traduzido e validado para o português, fundamentando-se na estrutura conceitual total da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015. Ele fornece o nível de desempenho funcional de diferentes populações e situações clínicas por meio de seis domínios: cognição (compreensão, comunicação), mobilidade (movimentação e locomoção), autocuidado (cuidar da própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho), relações interpessoais (interação com outras pessoas), atividades de vida (responsabilidades domésticas, lazer, trabalho, escola) e participação social (participação em atividades comunitárias e na sociedade) (WHO, 2015).

No domínio da participação social, há ainda três perguntas finais que avaliam o quanto as dificuldades apresentadas pelos participantes estão afetando suas vidas. A pergunta H1 refere-se ao número de dias em que as dificuldades estiveram presentes; a H2 pergunta quantos dias o participante esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho devido à sua condição de saúde; e a H3 questiona quantos dias houve diminuição ou redução das atividades usuais ou de trabalho por causa da condição de saúde (WHO, 2015).

Cada domínio do instrumento é avaliado de acordo com as respostas que levam em consideração as dificuldades que o entrevistado possui nos últimos 30 dias em situações do cotidiano. As respostas obedecem à escala tipo Likert, variando de “nenhuma” a “extrema ou não conseguem fazer”, ou “não aplicável”. Para a pontuação, foram considerados os valores de 0 (nenhuma dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade severa) e 4 (dificuldade grave ou extrema).

O instrumento permite duas formas de calcular os escores: a complexa e a simples. Para este estudo, foi utilizada a “pontuação simples”, na qual o valor atribuído a cada um dos itens foi somado sem recodificar as respostas. Essa é uma abordagem prática para ambientes clínicos movimentados ou em situações de entrevista em papel, como é o caso deste estudo. Como resultado, a soma simples da pontuação dos itens entre os domínios constitui uma estatística suficiente para descrever o grau de limitações no desempenho funcional, tanto por domínios separadamente quanto pela pontuação geral. Os escores totais, após serem calculados, podem variar de 0 a 100 (sendo que 0 indica nenhuma deficiência ou funcionalidade completa e 100 indica deficiência completa ou nenhuma funcionalidade) (WHO, 2015).

Para a análise geral dos resultados e a soma de todos os domínios, foi utilizado o ponto de corte em porcentagem: 0-4% (nenhuma dificuldade), 5-24% (dificuldade leve), 25-49% (dificuldade moderada), 50-95% (dificuldade grave) e 96-100% (dificuldade completa/não faz) (Üstün, 2010).

3.5.1 Aspectos Éticos do Estudo

O presente estudo foi apreciado pelo Colegiado do Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS/UFPB, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após análise, foi aprovado por meio do parecer de aprovação nº 6.194.646 e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 69937423.2.0000.5188, emitido em 22 de junho de 2023, sob o título: “Avaliação das práticas de autocuidado e funcionalidade nas doenças reumáticas em idosos do serviço de Atenção Secundária à Saúde: desenvolvimento de produto tecnológico”.

Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos, a finalidade e os procedimentos a serem adotados para a coleta de dados; os possíveis riscos e como seriam minimizados; e os benefícios. Além disso, foi garantido o sigilo e o anonimato total dos dados decorrentes da pesquisa. Para tanto, foi utilizado o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), impresso em duas vias: uma ficou com o pesquisado e a outra com o pesquisador.

A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador. Os participantes foram convidados e, de livre e espontânea vontade, expressaram o interesse em participar da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Todas as análises conduzidas no programa JAMOVÍ versão 2.0 para MacOS X. As características sociodemográficas e saúde global dos participantes estão sumarizadas por meio de estatística descritiva. Valores médios $\pm$ desvio-padrão [mínimo e máximo] ou mediana $\pm$ amplitude interquartil (AIQ) foram utilizados para as variáveis numéricas e frequência relativa para as variáveis categóricas.

O teste U de Mann-Whitney (variáveis numéricas) e o teste exato de Fisher (variáveis categóricas) foram empregados para comparar os escores total e por domínio do WHODAS de acordo com o grau de escolaridade, sexo e residência dos participantes.

Para todas as análises, adotou-se um nível de significância de $p < 0,05$ e analisados à luz da literatura pesquisada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil sociodemográfico da amostra e avaliação do desempenho funcional

Dos 39 idosos entrevistados, 34 se enquadraram nos critérios pré-estabelecidos de inclusão. As características sociodemográficas da amostra estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n=39)

Variáveis	N	Valores*
Sociodemográficas		
Idade (anos)		71±7 [60-89]
Sexo (%)		
Mulheres	32	82,1
Homens	7	17,9
Mini Exame do Estado Mental (escore 0-30)	39	22,5±4,3 [12-29]
Grau de escolaridade (%)		
Analfabeto	8	20,5
Fundamental incompleto	13	33,3
Fundamental completo	10	25,6
Ensino médio incompleto	4	10,3
Ensino médio completo	3	7,7
Ensino superior completo	1	2,6
Cor/etnia (%)		
Branco	16	41,0
Preto	3	7,7
Pardo	19	48,7
Amarelo	1	2,6
Residência (%)		
Zona urbana	17	43,6
Zona rural	22	56,4
Estado civil (%)		
Solteiro	5	12,8
Casado	24	61,5
Divorciado	3	7,7
Viúvo	7	17,9
Renda (%)		
Um salário mínimo	27	69,2
Dois salários mínimos	8	20,5
Nenhum	4	10,3
Religião (%)		
Católica	31	79,5
Evangélica	8	20,5

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa. Queimadas – PB, Brasil, 2024. Nota: *Valores apresentados em média ± desvio-padrão [mínimo-máximo] ou percentual (%).

A prevalência dos idosos coletados na amostra deste estudo são de 82,1% (32) do sexo feminino, 17,9% (7) de sexo masculino, com média de idade de 71±7 anos, com variação entre 60 e 89 anos, escore do MEEM de 22,5 pontos.

O predomínio do sexo feminino converge com estudos nacionais e internacionais sobre idosos, uma vez que há uma tendência crescente à feminização do envelhecimento humano (Xerente et al, 2020; Rocha et al, 2021; Rath et al, 2021). Possivelmente, isso também decorre do maior cuidado das mulheres em relação aos eventos relacionados à sua saúde e da menor exposição a atividades com maiores condições de risco à sua integridade física (Lima et al., 2023).

Quando questionados sobre o grau de escolaridade, a maioria dos participantes informou que não completou o Ensino Fundamental, representando 33,3% (13). De forma espontânea, os entrevistados justificavam sua baixa escolaridade pelo fato de morarem na zona rural do município e enfrentarem mais dificuldades de acesso à educação, além de destacarem que a prioridade de seus pais era o trabalho na agricultura para a subsistência.

A maioria se autodeclara de cor parda 48,7% (19), residem em zona rural do município 56,4% (22) e são casados 61,5% (24). O fato de os idosos em sua maioria residirem na zona rural, pode ter implicações importantes no acesso aos serviços. Além disso, Torres, Reis e Fernandes (2009); De Melo et al. (2023) perceberam correlação entre a dificuldade de deslocamento de acesso entre as zonas rural e urbana e a prevalência de baixa escolaridade e analfabetos entre idosos.

Mais da metade dos entrevistados 69,2% (27) possuem renda salarial igual a um salário mínimo e praticam a religião Católica 79,5% (31).

A análise dos dados apresentados na Tabela 2 revela uma condição geral de saúde preocupante entre os idosos participantes da pesquisa. Destaca-se que 71,8% (28) deles autoavaliaram sua saúde como “regular” ou “ruim”, enquanto apenas 28,2% relataram sua condição de saúde como “boa” ou “muito boa”.

Tabela 2. Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n=39).

Variáveis	N	Valores*
Saúde global		
Condição de saúde (%)		
Excelente, muito bom ou bom	11	28,2
Regular ou ruim	28	71,8
Fisicamente ativo (%)		
Sim	17	43,6
Não	22	56,4
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (%)		
Hipertensão	13	33,3

Diabetes	4	10,3
Hipertensão e diabetes	13	33,3
Nenhuma	9	23,1
Doenças reumáticas (%)		
Osteoporose	4	10,3
Osteoartrose de joelho	10	25,6
Espondiloartrose	14	35,9
Osteoartrose de mãos	1	2,6
Osteoartrose de ombros	4	10,3
Osteoartrose de quadril	2	5,1
Entesopatia de calcâneo	2	5,1
Artrite Reumatoide	2	5,1
Hospitalização anual (%)		
Uma vez	3	7,7
Duas vezes	1	2,6
Três vezes	4	10,3
Nenhuma vez	31	79,5

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa. Queimadas – PB, Brasil, 2024. Nota: *Valores apresentados em média $\pm$ desvio-padrão [mínimo-máximo] ou percentual (%).

Esses achados estão alinhados com estudos anteriores, como os realizados por Theme Filha et al. (2015), Silva et al. (2017), Melo et al. (2019) e De Melo et al. (2023), que evidenciam que idosos com multimorbidades, baixa escolaridade e baixa renda tendem a apresentar maior dependência funcional e, conseqüentemente, a autoavaliar sua condição de saúde de forma mais negativa. Essa percepção pode ser influenciada pelas dificuldades enfrentadas pelos idosos em acessar redes de cuidados, adquirir conhecimento sobre sua condição de saúde e, por conseguinte, impactar negativamente sua qualidade de vida.

De forma diferente, o estudo conduzido por Xerente et al. (2020), que avaliou 27 idosos com doenças reumáticas, mostrou que 94% deles autoavaliaram sua saúde como “ótima ou regular”, mesmo apresentando declínio em seu desempenho funcional. Provavelmente, essa boa percepção de saúde pode ser fundamentada pelo fato de que 82% dos idosos da amostra apresentavam um maior grau de escolaridade (8 ou mais anos de estudo) e renda de 2 a 4 salários mínimos (44,4%), achados superiores aos dos idosos de Queimadas, PB.

Dessa forma, o maior acesso à informação e uma situação socioeconômica superior promovem a aquisição de maior capacidade de autocuidado e assistência à saúde, habilitando-os para práticas de uma vida mais ativa, participativa na sociedade e saudável (Carvalho et al., 2012; Sant’Helena et al., 2020).

Na variável de prática de atividade física, 56,4% dos idosos declararam não realizar nenhuma atividade, indicando que a maioria deles é inativa. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo conduzido por Alexandrino et al. (2019), que mostrou que, dos 318 idosos avaliados, 55% não praticavam nenhum tipo de atividade física. Ao comparar o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF) entre os grupos de idosos sedentários e ativos, verificou-se que a maior média de pontos (183,87) estava no grupo dos sedentários, sugerindo que a prática de atividade física está diretamente relacionada à manutenção do desempenho funcional no idoso; ou seja, quanto maior o IVCF, menor o desempenho funcional.

A redução no desempenho funcional, segundo Ribeiro et al. (2016), Cano-Gutiérrez et al. (2017) e Fhon et al. (2019), resulta em um declínio na resistência física e no agravamento do desempenho muscular global. Por conseguinte, é de extrema importância implementar ações preventivas, como a manutenção da prática regular de exercícios físicos, com a finalidade de estabilizar ou reverter esse quadro, prevenindo agravos e potencializando a mobilidade articular e a força muscular entre os idosos. Além disso, essas ações proporcionam um espaço para que eles se tornem protagonistas de uma vida ativa, contribuindo para aumentar seu bem-estar físico e emocional.

Quanto ao diagnóstico clínico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a maior parte dos idosos possui hipertensão arterial (HA), com 33,3% (13), e outra parte, também 33,3% (13), tem HA e diabetes mellitus (DM). Esses dados corroboram pesquisa realizada por Melo et al. (2023), que observaram a prevalência de DCNT entre idosos, principalmente do sexo feminino, e evidenciaram que as doenças de maior incidência em sua pesquisa são as principais encontradas em nosso estudo. Para validar ainda mais esses resultados, o Ministério da Saúde (2021) reitera que 76,3% dos idosos são acometidos, principalmente, por doenças cardiovasculares, como a HA e a DM.

Em relação às doenças reumáticas (DR), a espondiloartrose foi a doença mais encontrada entre os entrevistados, correlacionada com o avançar da idade, com 35,9% (14), seguida da osteoartrose (OA) de joelho, com 25,3% (10). Em convergência com esses dados, Kawano (2017), Simeli, Padilha e Tavares (2019), Oliveira et al. (2021) e Melo et al. (2023) evidenciaram a osteoartrose como a segunda DR mais prevalente entre os idosos, também correlacionada com o avançar da idade.

O envelhecimento ocasiona mudanças lentas e progressivas em todo o corpo humano, inclusive na massa muscular, resultando em um declínio de aproximadamente 50% entre os 20 e 90 anos de idade, e em uma perda de força muscular de 15% a cada década até os 70 anos, além de cerca de 30% a partir da sétima década em diante (Santos et al., 2016). Ligadas a essa perda progressiva da composição muscular, ocorrem simultaneamente alterações biomecânicas, como a gradativa sobrecarga ósseo-cartilaginosa às quais as articulações são submetidas, provocando danos às estruturas articulares e periarticulares, dor e restrições ao movimento, bem como prejuízos ao desempenho funcional dos idosos. Esses declínios morfofisiológicos podem ocasionar distúrbios posturais e/ou musculares que resultam em doenças específicas do sistema musculoesquelético, originando as doenças reumáticas (DR), como a espondiloartrose e as osteoartroses em geral, corroborando com os resultados da pesquisa (Melo et al., 2017; Shayre et al., 2020).

A espondiloartrose está inserida no grupo das osteoartroses, ocorrendo por insuficiência das articulações vertebrais e suas estruturas adjacentes, proporcionando um desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos (Ricci; Kubota; Cordeiro, 2005; Pacca et al., 2018), ocasionando dor crônica e declínio no desempenho funcional (Silva et al., 2018; Teixeira et al., 2019).

A OA do joelho é a doença reumática mais comum entre os idosos, sendo responsável por desencadear alterações ósseas causadas pelo progressivo desgaste da cartilagem articular, resultando em formações de osteófitos, esclerose subcondral e diminuição do espaço articular. Essa condição pode ser classificada em cinco graus de acordo com os achados radiológicos. Além disso, a dor é a principal sintomatologia. É frequentemente associada à incapacidade funcional, fraqueza muscular — principalmente do quadríceps — rigidez e instabilidade articular, ocasionando redução da mobilidade da articulação, tanto de forma passiva quanto ativa (Alano, 2018; Sousa et al., 2024).

Em relação à análise do desempenho funcional relacionado às doenças reumáticas, conforme apresentado na Tabela 3, a maioria dos idosos vive de maneira independente na comunidade, com 55,9% (19) deles nessa condição. Eles possuem, em média, 5,8 anos de estudo, e a ocupação predominante entre eles é a de aposentado(a), com 79,4% (27).

Com base na análise do desempenho funcional através dos domínios e da média geral pelo WHODAS 2.0, os escores foram: cognição $4,1 \pm 4,4$, mobilidade $8,6 \pm 4,6$, autocuidado $3,3 \pm 2,9$,

relações interpessoais $1,8\pm2,6$ e atividades domésticas $6,6\pm4,7$. Quando questionados sobre “o número de dias em que reduziram ou deixaram de fazer suas atividades domésticas por causa da condição de saúde”, a média foi de 8 a 10 dias nos últimos 30 dias.

No domínio da participação, o escore foi de $12,3\pm7,1$, e o escore total apresentou uma média de $37,7\pm18,9$. Em relação à classificação geral no WHODAS 2.0, 38,2% (13) dos participantes apresentaram deficiência moderada no desempenho funcional e 32,4% (11) apresentaram deficiência grave. Portanto, considerou-se que esses idosos enfrentam dificuldades de moderada a grave.

Quando questionados sobre “o número de dias em que os idosos reduziram ou deixaram de fazer suas atividades domésticas por causa da sua condição de saúde”, a média foi entre 8 a 10 dias nos últimos 30 dias. No domínio da participação o escore foi de $12,3\pm7,1$. O escore total apresentou média de $37,7\pm18,9$. Em relação a classificação geral no WHODAS 2.0, (13) 38,2% dos participantes apresentaram moderada deficiência no desempenho funcional e (11) 32,4% grave, considerou-se por tanto que esses idosos tem dificuldades de moderada a grave.

Observou-se, neste caso, que dos seis domínios do WHODAS 2.0, os maiores escores de incapacidade foram observados na participação na sociedade, seguidos da mobilidade e das atividades domésticas, respectivamente. Os menores escores foram nos domínios das relações interpessoais, autocuidado e cognição.

A pergunta que evidenciou o maior número de dias em que os idosos relataram dificuldades que afetaram sua vida foi a H1, com média de 14 dias ($14,9\pm13,2$) (“Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?”). A menor média foi a da H2 (“Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?”), apresentando média de 3 dias ($3,8\pm5,5$).

De acordo com Üstün et al. (2010), em parceria com a OMS, a presença de dificuldades relatadas ao realizar alguma atividade pode representar um aumento de esforço, dor ou desconforto, lentidão e alterações na forma como as atividades avaliadas são desempenhadas.

Tabela 3. Análise descritiva dos domínios do WHODAS 2.0 (média±DP) em relação as doenças reumáticas dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n= (N=34). Queimadas, PB, 2024.

Desempenho funcional (WHODAS)	N	Valores*
Condição atual		

Vive de maneira independente	19	55,9
Vive com necessidade de assistência	15	44,1
Anos de estudo	34	5,8±3,6
Ocupação		
Dono(a) de casa	2	5,9
Aposentado(a)	27	79,4
Outros	2	5,9
Desempregado(a)	3	8,8
Domínios		
Cognição	34	4,1±4,4
Mobilidade	34	8,68±4,6
Autocuidado	34	3,3±2,9
Relações interpessoais	34	1,8±2,6
Atividades domésticas	34	6,6±4,7
Redução de atividades domésticas	31	8,5±9,8
Participação	34	12,3±7,1
Dificuldades último mês (H1)	34	14,9±13,2
Total incapacidade em realizar atividades usuais (H2)	34	3,8±5,5
Diminuição das atividades usuais (H3)	34	8,1±10,4
WHODAS total	34	37,7±18,9
Classificação geral (WHODAS)	F.A	F.R
5 – 24% dificuldade leve	10	29,4%
25 – 49% dificuldade moderada	13	38, 2%
50 – 95% dificuldade grave	11	32,4%

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa. Queimadas – PB, Brasil, 2024. Nota: *Valores apresentados em média ± Desvio-Padrão [mínimo-máximo] ou percentual (%), F.A = Frequência Absoluta, F. R= Frequência Relativa.

Rocha et al. (2021) encontraram dados semelhantes em um estudo relacionado ao desempenho funcional e condições de saúde em 129 idosos na cidade de Mucugê, no interior da Bahia, e expuseram que a maior parte dos idosos também apresentava um nível superior de incapacidade nos domínios da participação na sociedade (12,66±4,91), seguida da cognição (8,41±2,92) e mobilidade (8,24±4,88). Os menores índices foram observados em atividades da vida diária (7,98±7,70), autocuidado (5,00±2,04) e relações interpessoais (4,90±1,57).

O aumento do escore no domínio da participação social pode ser melhor compreendido por estudos realizados por d’Orsi, Xavier e Ramos (2011) e Farias-Antunez et al. (2018), os quais abordaram que idosos com baixo nível de escolaridade, semelhantes aos pesquisados neste estudo, têm maiores chances de apresentar pior desempenho funcional nesse domínio, em virtude

de dificuldades relacionadas a atividades que envolvem o estímulo de novos conhecimentos e a obtenção de uma rede de apoio social, que os conduza a uma forma de envelhecimento mais inclusiva e participativa. Como resultado, isso pode levar a uma maior independência em suas atividades sociais, de relaxamento ou lazer (Oliveira et al., 2020).

Outro elemento a ser considerado para esses resultados pode ser o fato de que, ao apresentarem doenças reumáticas, como a espondiloartrose e a OA de joelho, esses idosos enfrentam maiores dificuldades em acessar atividades de participação social devido ao comprometimento de suas funções articulares. Isso pode levá-los a se ausentar de atividades extras que exigem maiores esforços físicos, o que possivelmente poderia desencadear dores ou desconfortos articulares (Santos et al., 2012; Ramírez et al., 2021).

Dessa forma, entende-se que deficiências nas funções físicas, causadas pelas DR, como redução de força muscular, mobilidade e equilíbrio, que provocam alterações na marcha, podem estar relacionadas às restrições em atividades de participação social (Ramírez et al., 2021).

Corroborando esse entendimento, Santos et al. (2012), ao avaliarem o desempenho funcional de 25 idosos em Coari, AM, com osteoartrose de joelho e coluna, constataram que 72% desses não foram afetados nas ABVD. Entretanto, no desempenho de atividades relacionadas à participação social, esses idosos apresentaram maior tendência ao isolamento devido às limitações físicas típicas dessa condição."

Queiroz et al. (2016), Augusti, Falsarella e Coimbra (2017) e Guimarães et al. (2019) corroboram essa assimilação, enfatizando que o declínio do desempenho funcional está relacionado à predisposição para as DCNT, bem como a diversos fatores, como a condição biológica, física, cognitiva, psicológica e social, que são afetados ao longo do envelhecimento humano. Esse declínio é mais acentuado a partir do sexagésimo ano de vida, podendo refletir negativamente no estado funcional global e indicar o nível de condição de saúde e qualidade de vida do indivíduo.

Santos et al. (2022) propõem que um dos meios para evitar o isolamento nas atividades de participação social é pensar em estratégias mais abrangentes que favoreçam a inclusão dos idosos na sociedade, possibilitando uma vida significativa e promovendo saúde e prevenção dessas doenças.

As dificuldades encontradas em países como o Brasil também são comuns nos países desenvolvidos, onde muitos idosos não possuem as mesmas oportunidades para uma participação

social plena, seja devido à falta de ambientes ou atividades sociais adequadas, ou à ausência de informações eficazes que permitam aos idosos exercer o protagonismo em suas decisões e ações, contribuindo para o desenvolvimento intelectual, sobretudo para aqueles que apresentam maiores vulnerabilidades (Pichorra Fuller et al., 2016; Levassaveur et al., 2022).

Santos et al. (2022) chegaram à conclusão em seu estudo de que a percepção dos idosos sobre sua participação social pode estar sujeita a questões que envolvem desde suas experiências de vida particulares e fatores físicos, como doenças e/ou múltiplas dificuldades fisiológicas, até suas relações com a cultura, o nível de escolaridade, a capacidade cognitiva e o contexto em que estão inseridos. Além disso, podem influenciar mecanismos adaptativos, como o afastamento de situações que possam gerar ou representar obstáculos à sua interação social.

Aliado a esse entendimento, Veloso et al. (2020) e Santos et al. (2022) reiteram que a falta de recursos também é um fator significativo de obstáculo, além dos mencionados acima, pois pode dificultar a saída dos idosos de casa para terem acesso a atividades de relaxamento ou lazer, mesmo que esses espaços sejam em locais públicos ou gratuitos.

O desempenho funcional dos idosos pesquisados no domínio da mobilidade foi o segundo maior escore, resultado provavelmente ocasionado pelas alterações presentes em indivíduos com osteoartrose de joelho e coluna, que contribuem para a redução do desempenho funcional relacionado à mobilidade, como dor, processo inflamatório, degeneração, deformidades, rigidez articular, entre outras disfunções musculoesqueléticas (Freitas et al., 2006; Melo et al., 2017; Rodrigues, Duarte e Feitosa, 2019; Damaso et al., 2020).

Esse episódio também pode ser atribuído à diminuição da elasticidade de tendões, ligamentos e cápsulas articulares, provocada pela degradação do colágeno, que faz com que o tecido conjuntivo se torne cada vez mais rígido e menos elástico (Shephard, 1998; Rebelatto et al., 2006). Estima-se que, durante o processo natural de envelhecimento, os indivíduos percam cerca de 8 a 10 cm de flexibilidade na região lombar e do quadril, quando aferidos através do teste *Sit and Reach* (Shephard, 1998).

A contribuição da diminuição da flexibilidade em todas as articulações, associada à perda de força muscular oriunda da ausência de práticas de exercícios resistidos, afeta o equilíbrio, a postura, a capacidade respiratória e o desempenho funcional em atividades que exigem que os idosos se locomovam com maior facilidade e velocidade. Isso dificulta atividades rotineiras, como movimentar-se dentro de sua própria casa, e até mesmo atividades mais complexas que

exigem maiores esforços, como levantar-se a partir da posição sentada para iniciar a marcha (Feland et al., 2001; Shumway-Cook; Woollacott, 2001; Rodrigues, Duarte e Feitosa, 2019; Guimarães et al., 2019).

Rodrigues, Duarte e Feitosa (2019) observaram em sua pesquisa sobre o impacto da OA de joelho no desempenho funcional e na qualidade de vida que 98,6% dos idosos com OA de joelhos são acima de 60 anos e apresentam, em comum, dor e redução do desempenho funcional na execução das atividades do cotidiano. Esse fator se mostra limitante para atividades corriqueiras, como aquelas relacionadas aos cuidados e à manutenção do lar. Tal fator corrobora com o achado de que o terceiro maior escore do nosso estudo foi no domínio relacionado às Atividades Domésticas.

Apesar de os idosos apresentarem maiores escores (pior desempenho funcional) nos domínios da participação social, mobilidade e atividades domésticas, tiveram menores escores (maior desempenho funcional) nos domínios das relações interpessoais, autocuidado e cognição, corroborando parcialmente com a pesquisa realizada por Guimarães et al. (2019), na qual os menores escores foram relacionados aos domínios das relações interpessoais (3,73) e autocuidado (3,80).

Mendonça et al. (2018) e Damaso et al. (2020) atribuem os menores escores nas avaliações do desempenho funcional nos domínios das relações interpessoais à satisfação e ao suporte que os idosos têm em relação aos seus familiares e amigos, bem como à sua atividade sexual.

As ações que dizem respeito ao domínio do autocuidado, como aquelas em que os indivíduos realizam em benefício próprio, por exemplo, a capacidade de lavar o corpo inteiro, vestir-se, comer ou ficar sozinhos sem ajuda de outras pessoas por alguns dias — revelam um importante parâmetro em relação à saúde dos idosos estudados. Visto que, para a execução dessas atividades, é necessário um nível significativo de força muscular e equilíbrio para realizá-las de forma eficaz e segura (Gusmão et al., 2021; De Oliveira et al., 2021).

De acordo com Patatta et al. (2020), idosos que são capazes de realizar seu autocuidado de forma eficiente demonstram ter um bom estado geral de saúde e até mesmo preservação da cognição, fato que corrobora com os dados observados em relação aos domínios do autocuidado e cognição entre os idosos de Queimadas, PB.

Ao comparar as características dos idosos com diferentes níveis de escolaridade, baixa (analfabetos e com ensino fundamental incompleto) e alta (ensino fundamental completo ou superior), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos (Tabela 4).

Para as duas variáveis categóricas analisadas (condição atual e ocupação), foi aplicado o teste exato de Fisher, que tem como objetivo comparar proporções. Os resultados indicam que a proporção de idosos com baixa escolaridade que vivem de forma independente é semelhante à dos idosos com alta escolaridade. Em todas as comparações realizadas, os valores de p foram superiores a 0,05, o que significa que os domínios avaliados entre os grupos de baixa e alta escolaridade são equivalentes.

Além disso, ao comparar idosos com diferentes níveis de escolaridade, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao aplicar o Teste U de Mann-Whitney nas variáveis numéricas em nenhum dos domínios do WHODAS 2.0, incluindo o escore total. Embora a mediana total dos idosos do grupo de alta escolaridade tenha sido maior, os testes estatísticos para variáveis numéricas não revelaram diferenças significativas. Portanto, em termos de desempenho funcional, não foram observadas diferenças entre os idosos com baixa e alta escolaridade.

Apesar disso, estudos apontam que idosos com baixo nível de escolaridade estão cinco vezes mais propensos a ter dependência moderada a grave, o que pode influenciar negativamente o desempenho em atividades mais complexas, ocasionando perda da autonomia e isolamento social (Santos e Cunha, 2013; Farias-Antunez et al., 2018; Duarte et al., 2020).

Quando comparado os seis domínios do WHODAS 2.0 entre os sexos feminino e masculinos na Tabela 5, também não houve diferença significativa entre os grupos de idosos. Estudo semelhante conduzido por Ferrer et al. (2019), que analisou através do Teste U de Mann-Whitney o desempenho funcional entre 350 idosos também não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,982$).

Tabela 4. Análise descritiva da comparação dos domínios do WHODAS de acordo com o grau de escolaridade dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n= 34).

Desempenho funcional (WHODAS)	Baixa escolaridade (n=17)		Alta escolaridade (n=17)		P
	Mediana ± AIQ	n (%)	Mediana ± AIQ	n (%)	
Condição atual*					1,000
Vive independente	-	9 (52,9)	-	10 (58,8)	
Necessidade de assistência	-	8 (47,1)	-	7 (41,2)	
Anos de estudo	3±5	5	8±1	1	0,132
Ocupação*					0,154
Dono(a) de casa	-	2 (11,8)	-	0 (0,0)	
Aposentado(a)	-	11 (64,7)	-	16 (94,1)	
Outros	-	2 (11,8)	-	0 (0,0)	
Desempregado(a)	-	2 (11,8)	-	1 (5,9)	
Domínios					
Cognição	3±8	-	3±6	-	0,446
Mobilidade	7±8	-	10±5	-	0,333
Autocuidado	2±6	-	4±5	-	0,474
Relações interpessoais	0±0	-	2±4	-	0,086
Atividades domésticas	4±6	-	8±8	-	0,138
Redução de atividades domésticas	5±15	-	3±15	-	0,927
Participação	17±15	-	13±6	-	0,629
Dificuldades último mês (H1)	15±30	-	10±25	-	0,706
Total incapacidade em realizar as atividades (H2)	2±8	-	1±3	-	0,662
Diminuição das atividades usuais (H3)	3±15	-	3±4	-	0,916
Escore Total	36±36	-	41±21	-	0,756

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa. Queimadas – PB, Brasil, 2024. Nota: Valor de $p \leq 0,05$ (*Teste exato de Fisher) e Teste U de Mann-Whitney)

Tabela 5. Análise descritiva da comparação dos domínios do WHODAS de acordo com o sexo dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n= 34).

Desempenho funcional (WHODAS)	Mulheres (n=28)		Homens (n=6)		P
	Mediana ± AIQ	n (%)	Mediana ± AIQ	n (%)	
Condição atual*					0.672
Vive independente	-	15 (53,6)	-	4 (66,7)	
Necessidade de assistência	-	13 (46,4)	-	2 (33,3)	
Anos de estudo	6±5	5	8±3	1	0.819
Ocupação*					0.360
Dono(a) de casa	-	2 (7,1)	-	0 (0,0)	
Aposentado(a)	-	23 (82,1)	-	4 (66,7)	
Outros	-	1 (3,6)	-	1 (16,7)	
Desempregado(a)	-	2 (7,1)	-	1 (16,7)	
Domínios					
Cognição	3±7	-	3±3	-	0.376
Mobilidade	9±8	-	12±1	-	0.307
Autocuidado	3±5	-	4±6	-	0.801
Relações interpessoais	0±3	-	3±3	-	0.057
Atividades domésticas	6±6	-	10±9	-	0.483
Redução de atividades domésticas	3±15	-	15±10	-	0.382
Participação	13±11	-	17±5	-	0.287
Dificuldades último mês (H1)	10±30	-	25±25	-	0.637
Total incapacidade em realizar as atividades (H2)	2±7	-	0±2	-	0.459
Diminuição das atividades usuais (H3)	3±11	-	6±13	-	0.927
Escore Total	37±31	-	50±29	-	0.343

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa. Queimadas – PB, Brasil, 2024. Nota: Valor de $p \leq 0,05$ (*Teste exato de Fisher) e Teste U de Mann-Whitney.

Ao comparar os grupos de idosos que vivem em áreas rurais com aqueles que residem em áreas urbanas, na Tabela 6, identificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. A proporção de idosos que vivem de forma independente é significativamente maior entre aqueles que residem na zona urbana (81,6%), em comparação com os idosos que moram na zona rural, onde apenas 33,3% vivem de maneira independente.

Por outro lado, a proporção de idosos que necessitam de assistência devido à dependência física é maior entre os residentes da zona rural 66,7%, em comparação com 18,8% dos idosos na zona urbana. Esses dados indicam que os idosos da zona rural apresentam piores condições de vida em termos de independência funcional e, conseqüentemente, possuem maiores necessidades em relação aos idosos da zona urbana ($p=0.007$).

Em relação ao desempenho funcional nos diferentes domínios, observou-se que a mobilidade dos idosos da zona rural apresenta um escore mediano de 11 ± 6 , indicando pior mobilidade em comparação com os idosos da zona urbana, cujo escore foi de 6 ± 7 ($p=0.046$). Isso demonstra que os idosos residentes em áreas urbanas apresentam um desempenho funcional superior no domínio da mobilidade.

Além disso, foi identificada uma diferença significativa na pergunta H2, relacionada à incapacidade para realizar atividades habituais nos últimos 30 dias. Os idosos da zona rural apresentaram um nível de incapacidade maior (3 ± 7) em comparação com os idosos da zona urbana (0 ± 1) ($p=0.03$). Para as demais variáveis, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Estudos ratificam esses achados indicando que idosos que residem na zona rural possuem maiores dependências devido às limitações como dificuldade em ter acesso aos serviços de saúde, em virtude da maior distância entre suas casas e os locais de Atenção à Saúde, déficit na infraestrutura, assim como a falta de meios de transportes públicos, conduzindo ao agravamento da sua condição atual de saúde ou a não realização dos tratamentos adequados. Além dessas barreiras, esses indivíduos também apresentam transtornos na comunicação devido à redução de tecnologias locais e na busca atividades de participação social como relaxamento e/ou lazer, seja pelo motivo da distância ou pela falta de recursos financeiros (Lange et al, 2018; Pitilin et al, 2020).

Somados a esses fatores, pesquisas atribuem a maior necessidade de assistência por parte dos idosos com doenças reumáticas, devido relatarem presença de dores articulares e/ou

insegurança ao movimentar-se, desencadeadas interferindo na realização de atividades físicas ou cotidianas que exijam certo grau de mobilidade e flexibilidade, que são de ampla importância para saúde geral (Ferretti, et al, 2019; Ferrer et al, 2019; Costa, Leão, Campos, 2020).

Tabela 6. Análise da comparação dos domínios do WHODAS 2.0 entre idosos da área urbana vs. rural dos idosos da Atenção Secundária à Saúde no Centro Especializado em Fisioterapia e Reabilitação no Município de Queimadas, PB, 2024 (n= 34).

Desempenho funcional (WHODAS)	Urbana (n=16)		Rural (n=18)		p
	Mediana ± AIQ	n (%)	Mediana ± AIQ	n (%)	
Condição atual*					0.007
Vive independente	-	13 (81,6)	-	6 (33,3)	
Necessidade de assistência	-	3 (18,8)	-	12 (66,7)	
Anos de estudo	5±4	5	8±6	1	0.624
Ocupação*					0.796
Dono(a) de casa	-	1 (6,3)	-	1 (5,6)	
Aposentado(a)	-	13 (81,3)	-	14 (77,8)	
Outros	-	0 (0,0)	-	2 (11,1)	
Desempregado(a)	-	2 (12,5)	-	1 (5,6)	
Domínios					
Cognição	3±6	-	4±5	-	0.521
Mobilidade	6±7	-	11±6	-	0.046
Autocuidado	2±4	-	5±6	-	0.112
Relações interpessoais	0±2	-	0±6	-	0.642
Atividades domésticas	4±9	-	8±5	-	0.112
Redução de atividades domésticas	2±11	-	6±12	-	0.238
Participação	11±10	-	15±10	-	0.253
Dificuldades último mês (H1)	23±30	-	10±23	-	0.829
Total incapacidade as atividades (H2)	0±1	-	3±7	-	0.003
Diminuição das atividades usuais (H3)	3±11	-	4±13	-	0.673
Escore Total	30±29	-	49±21	-	0.065

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa. Queimadas – PB, Brasil, 2024. Nota: Valor de $p \leq 0,05$ (*Teste exato de Fisher) e Teste U de Mann-Whitney.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o número de idosos que não apresentou diagnóstico clínico correspondente às suas queixas físicas e a impossibilidade de permanência de alguns deles para participar da pesquisa, visto que dependiam do transporte público disponível para retornar às suas residências nas zonas rurais do município.

A escassez de estudos abrangentes sobre o tema, especialmente no Brasil, também representa um desafio, uma vez que a maioria das pesquisas foca na osteoartrose de joelhos e não avalia de forma ampla, através do WHODAS 2.0 de 36 itens, os domínios do desempenho funcional em relação às doenças reumáticas. Portanto, há necessidade de mais pesquisas para reforçar a importância da avaliação funcional e do manejo clínico de idosos com essas condições.

4.2 Vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para pessoas idosas

Na fase de pré-produção do produto, foi elaborado um roteiro para a construção do vídeo, fundamentado nos resultados da revisão integrativa e na pesquisa de campo. Baseado nas evidências científicas da revisão, que indicaram que exercícios aeróbicos, exercícios resistidos, educação em saúde por meio de recursos tecnológicos e autogerenciamento da dor são o tratamento de primeira linha para idosos, tanto mais jovens quanto longevos, para mantê-los ativos, participativos na sociedade e colaboradores no manejo dos agravos que essas doenças ocasionam em seu desempenho funcional.

Corroborando os resultados da pesquisa de campo, que destacaram o nível de deficiência funcional por meio do aumento nos domínios relacionados à participação social, mobilidade, atividades domésticas e na classificação geral do WHODAS 2.0, a maioria dos participantes apresentou dificuldades funcionais variando de moderadas a graves, devido à presença de espondiloartrose e osteoartrose de joelhos. Vale ressaltar que mais da metade da amostra era inativa fisicamente.

Respalado em estudos como o de Sá et al. (2022), que apresentou proposta semelhante voltada para a prevenção de quedas em idosos, demonstrou resultados positivos ao avaliar a efetividade do uso de vídeo educativo em comparação com orientações verbais, aumentando a percepção dos idosos sobre riscos de queda. A proposta foi considerada adequada para o processo

de ensino-aprendizagem, promovendo mudanças de comportamento entre os idosos e seus cuidadores.

Miranda et al. (2019) reforçam que a construção de conteúdos audiovisuais em formato de vídeo facilita o processo de aprendizagem em saúde, sendo adequada para esclarecer dúvidas, atrativa e prática. Esses recursos contribuem para a educação permanente e a qualidade de vida entre os idosos (Slodkowski et al., 2022).

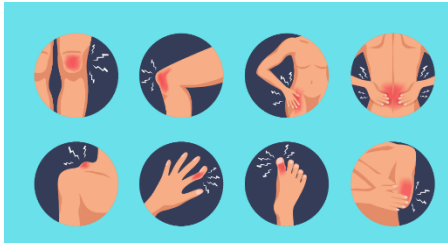
O conteúdo do vídeo, com recursos audiovisuais, foi desenvolvido em conformidade com a literatura pesquisada, com a intenção de produzir informações de fácil compreensão para idosos. A linguagem foi simples e explicativa, abordando o que são as doenças reumáticas, por que se desenvolvem, quais são as mais prevalentes, seus principais fatores de risco, e a importância de buscar atenção à saúde qualificada periodicamente. O vídeo também enfatiza a criteriosa avaliação funcional e a atuação do fisioterapeuta em conjunto com educadores físicos na individualização das condutas traçadas para cada indivíduo, além de desmistificar a ideia de que exercícios resistidos e aeróbicos são prejudiciais para os idosos nesse contexto.

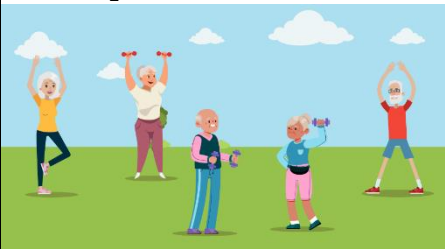
Ao finalizar o roteiro, este foi encaminhado à equipe técnica de criação digital, que elaborou a representação do planejamento de efeitos visuais da história (*storyboard*) para melhor visualização e escolha das cenas descritas na pré-produção, realizada pelo pesquisador para nortear as demais etapas de criação do vídeo, como a elaboração de textos, figuras, personagens e cenários.

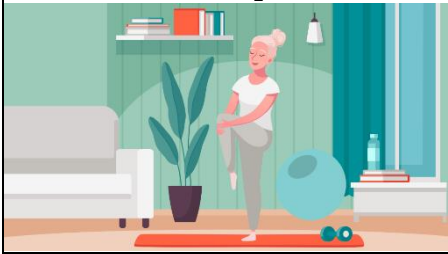
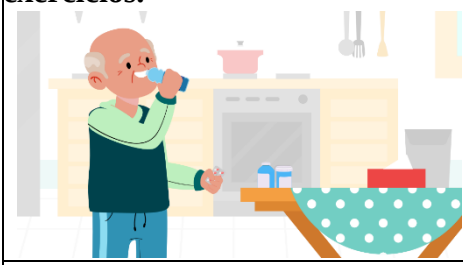
Dessa forma, essa ferramenta tecnológica traz informações relevantes, atuais e de fácil compreensão que orientam os idosos com doenças reumáticas, facilitando o manejo adequado dessa condição durante a comunicação entre os profissionais de fisioterapia e os pacientes, podendo inclusive se estender a outros níveis de atenção à saúde.

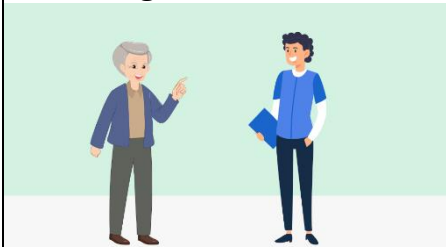
Os detalhes do processo criativo foram cuidadosamente analisados pelo pesquisador, em conformidade com o objetivo do estudo. O Quadro 1 expõe as orientações do *storyboard*. O vídeo possui 14 cenas, duração de 3 minutos, em formato MP4, e foi armazenado em *pendrive* e *notebook*.

Quadro 1: Ilustrações e conteúdo que compuseram as cenas do vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para idosos.

VÍDEO (AÇÃO/ANIMAÇÃO)	ÁUDIO/LOCUÇÃO
CENA 1: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) - apresentadora do vídeo 	1. Olá! Sou fisioterapeuta e hoje vou falar sobre as doenças reumáticas, um problema comum entre os idosos. Vamos entender como manter a saúde e o movimento mesmo com essas condições? Vem comigo!
CENA 2: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica o que são as doenças reumáticas 	1. As doenças reumáticas são aquelas que causam dores nas articulações. Elas não passam de uma pessoa para outra, mas podem incomodar bastante.
CENA 3: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica como as doenças reumáticas se desenvolvem. 	1. Essas doenças fazem parte do processo natural de envelhecimento, mas o jeito como você vive faz toda a diferença! Alimentação saudável, não ganhar muito peso e fazer exercícios podem ajudar a diminuir as dores e aumentar sua qualidade de vida.
CENA 4: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica quais são as doenças reumáticas mais comuns entre os idosos. 	1. Entre os problemas mais comuns estão as artroses, que geralmente afetam a coluna e os joelhos. Essas parte do corpo são as mais afetadas, causando dificuldades no dia a dia.

CENA 5: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica quais são seus principais sintomas. 	1. Essas doenças causam dores, desconfortos, fraqueza nos músculos, cansaço, podendo tornar as atividades simples como subir escadas ou levantar-se da cadeira, difíceis de serem realizadas.
CENA 6: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica a importância da atenção especializada 	1. Fique atento! Buscar ajuda profissional, como de fisioterapeutas e profissionais da Educação Física, é importante para avaliação e controle dessas doenças. Eles sabem como ajudar você a movimentar-se com segurança, sem dor e recomendar o melhor tipo de exercício de acordo com suas necessidades.
CENA 7: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica a importância da prática regular de atividade física supervisionada 	1. Mexer o corpo faz bem! Atividades físicas como, caminhadas, exercícios com faixas elásticas, pesos leves ou qualquer outra atividade que promova o movimento do corpo, não agravam a dor. Pelo contrário, ajudam você a melhorar.
CENA 8: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica sobre os benefícios da fisioterapia através dos exercícios centrados na pessoa 	1. Os exercícios realizados ajudam a manter e aumentar a mobilidade, a força dos músculos e diminuir as dores. Assim, fica mais fácil de realizar as tarefas do dia a dia como passear, cozinhar, fazer compras ou outra atividade.

CENA 9: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica sobre a importância do autogerenciamento da dor e do vínculo com os profissionais. 	1. O tratamento funciona melhor quando você segue as orientações do profissional. Se tiver dúvidas, pergunte sempre! O importante é fazer os exercícios do jeito certo e com segurança.
CENA 10: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica sobre a importância de praticarem somente as atividades físicas recomendadas pelos profissionais. 	1. Atenção! Nunca realize nenhum exercício que não seja indicado por profissionais e, se precisar, peça ajuda de algum familiar em casa para não se machucar.
CENA 11: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica a forma adequada de vestir-se para realizar os exercícios. 	1. Quando for se exercitar, não esqueça de tomar água, de fazer uso das medicações diárias e vestir roupas leves, confortáveis e sapatos que não escorreguem. Isso ajuda a evitar acidentes.
CENA 12: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora explica a importância das consultas de rotina. 	1. É muito importante ir as consultas médicas regularmente, para que receba o acompanhamento certo e mantenha sua saúde em dia.

CENA 13: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) – apresentadora instrui sobre como ter acesso aos serviços de saúde caso tenham alguma dificuldade 	1. Caso tenham alguma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fale com o Agente Comunitário de Saúde. Ele pode te ajudar a resolver isso.
CENA 14: Personagem (mulher adulta Fisioterapeuta) - apresentadora finaliza as instruções e se despede 	1. Lembre-se não fique parado! Movimentar-se faz bem para a saúde e ajuda a viver melhor. Até a próxima.
CENA FINAL:   ESTE VÍDEO É UM PRODUTO TÉCNICO DO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPA AUTORA DO VÍDEO: HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA ORIENTADOR: PROF. DR. ROBSON ANTÃO DE MEDEIROS Este vídeo é um produto técnico do curso de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPA Autora do vídeo: Hânycka Thayara Wanderley Feitosa Orientador: Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros	Direção de arte Produtora Dvídeos Edição e Finalização Produtora Dvídeos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo oferece contribuições significativas para o processo de promoção da saúde dos idosos, especialmente devido à maior propensão desse grupo a apresentar declínios no desempenho funcional.

A revisão integrativa das intervenções fisioterapêuticas atuais para idosos com doenças reumáticas revelou que, embora os artigos científicos sobre o tema não detalhem condutas terapêuticas específicas para essas condições, evidenciam a eficácia da atividade física, como exercícios aeróbicos e resistidos de intensidade moderada a alta, quando realizados com uma abordagem centrada no paciente e acompanhados de suporte tecnológico educativo. Essas intervenções proporcionam melhora na resistência física, maior ativação neural, aumento de força muscular, mobilidade e velocidade da marcha, além de redução da dor e do medo de movimento. Como resultado, os idosos se tornam mais confiantes e motivados a realizar as atividades cotidianas com maior autonomia, aprimorando seu desempenho funcional e sua compreensão sobre a importância dos cuidados abordados.

A autorresponsabilidade no gerenciamento das dores, promovida por meio desse suporte educacional durante a reabilitação, foi destacada de forma unânime nos estudos, favorecendo a adesão e continuidade dos cuidados recomendados pelos profissionais, como o fisioterapeuta. Assim, a reabilitação fisioterapêutica associada ao suporte tecnológico educativo se configura como uma estratégia segura e eficaz para intervenções com idosos nessa situação.

Além disso, o uso de tecnologias educativas facilita a criação de vínculos entre os idosos e os profissionais de saúde, ao ampliar o conhecimento dos pacientes sobre exercícios aeróbicos e resistidos, ajudando a dissipar controvérsias e estimulando a adoção de hábitos mais saudáveis, com consequente redução do sedentarismo.

Na pesquisa de campo, observou-se que as doenças reumáticas estão associadas à redução da mobilidade e à limitação em atividades que exigem maior esforço físico, como a participação social e tarefas domésticas. Esse impacto é ainda mais acentuado em idosos residentes em áreas rurais, que apresentam maior necessidade de assistência e pior desempenho funcional em comparação aos idosos das zonas urbanas. Esses achados ressaltam a urgência de repensar a oferta de cuidados de saúde para idosos nessas áreas, e espera-se que esta pesquisa contribua para

o planejamento de outros estudos, ações e serviços, buscando melhorar a assistência à saúde e promover a independência e inclusão social dos idosos.

Partindo desses resultados listados, foi possível a construção de um vídeo educativo de fácil compreensão, considerando as especificidades desse grupo, sobre as doenças reumáticas em idosos, que pode ser vinculado as estratégias existentes no âmbito da Atenção Secundária. Tal produto diz respeito ao que seriam essas doenças, a importância da avaliação funcional periódica, pois proporciona o rastreio do risco de incapacidade precoce, da atividade física individualizada acompanhada por profissionais como o fisioterapeuta e outros integrantes quem compõem esse nível de assistência à saúde, portanto podem influenciar no bom desempenho do seu processo de reabilitação e manutenção dos bons resultados. Com esse intuito, as animações audiovisuais se destacam como ferramentas eficazes para esses objetivos.

Com esta pesquisa, foi possível identificar a necessidade de orientações claras sobre a importância da atividade física para idosos com doenças crônico-degenerativas, como as reumáticas, além de reforçar a integração dos idosos no processo de cuidado com a saúde e os vídeos educativos poderão auxiliar no estímulo da adesão e continuação dos cuidados ofertados, promovendo uma melhor qualidade de vida para essa população.

REFERÊNCIAS

- ALANO, W. M. **Funcionalidade em Idosos com Artrose no joelho**. 2018. Edu. Física (Art. Cient). 12f. UNISUL, Tubarão, SC, 2018. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/83fce5a1-46a8-4c99-b2b6-b96dfd745f6c>. Acesso em: 16 de ago. de 2024.
- ALEXANDRINO, A.; DA CRUZ, L. K. E.; DE MEDEIROS, D. Y. P.; DE OLIVEIRA, S. B. C.; DE ARAÚJO, S. D.; NOGUEIRA, F. M. Avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 6, p. 22-26, 2019. doi: 10.1590/1981-22562019022.190222.
- ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. Autocuidado do idoso: revisão sistemática da literatura. **Rev. Espacios**, Caracas, v. 38, n. 28, p. 3-13, 2017. ISSN 0798 1015.
- ANTUNES, D.M.; MARQUES, P.A.; ALEXANDRINO, G. E.; BERTOLINI, G.M.M.S. 2021. **Prescrição de exercício físico para idosos com doenças reumáticas**. In: Educação física em gerontologia. 1ª ed. Curitiba: Appris.
- AZEVEDO, V. G. S.; MOREIRA, A. C. A.; DOS SANTOS, C. B. S.; DE OLIVEIRA, S. E. F.; JÚNIOR, M. C. W. J. Estratégias efetivas para o autocuidado do idoso: uma revisão integrativa. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 171-196, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de Atenção Integral à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021- 2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveisdcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20manteve%20a,Domic%C3%ADlios%2C%20divulgada%20hoje%20pelo%20IBGE..> Acesso em: 3 de maio 2022.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em 23 set. 2024.

BRUCKI, S. M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3 B), p. 777-781, 2003. doi: /10.1590/S0004-282X2003000500014.

BULLOCK, J.; SYED AA RIZVI, S. A. A.; SALEH, A. M.; AHMED, S. S.; DUC P DO, ANSARI, R. A.; AHMED, J. "Rheumatoid Arthritis: A Brief Overview of the Treatment." **Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre**, v.27, n. 6, p: 501-507. 2018. doi:10.1159/000493390.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativas de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 176-180, 2015. doi: /10.1590/0102-311X00128914.

CANO-GUTIERREZ, C.; BORDA, G.; REYES-ORTIZ, C.; ARCHINIEGAS, A.; SAMPER, R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. **Rev. del Instituto Nacional de la Salud.**, v. 37, n. 1, p. 57-65, 2017. doi:/10.7705/biomedica.v37i1.3197.

CALDAS, C P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2016. doi: /10.1590/S0102-311X2003000300009.

CARVALHO, F. F.; SANTOS, J. N.; SOUZA, L. DE M. DE.; SOUZA, N. R. M. DE. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev bras geriatr gerontol**, v.15, n. 2, p. 285–294, 2012. doi: 10.1590/S180998232012000200011.

COSTA, R. S. da; LEÃO, L. F.; CAMPOS, H. L. M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. **Rev. Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 83-103. 2020.doi: 10.23925/2176-901X.20209v23i1p83-103.

CHRISTOFOLETI, M.; DUCA, D.F.G.; GERAGE, M.A.; MALTA, C.D. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2020. doi: 10.5123/S1679-49742020000100006.

DAMASO, S. de F. T.; LOPES, C. C. S.; SILVA, L. K. P.; AUGUSTO, V. G. Perfil epidemiológico e funcional dos pacientes atendidos em uma clínica escola na área de ortopedia e traumatologia. **Rev. Cient. da UNIFENAS**, v. 2, n. 2, p. 12-21, 2020.

DE MELO, M. C. V.; PRESTES, A. Y.; BRAGA, C. A. J.; OLIVEIRA, A. G. H.; CHECCHI, R. H. M.; DE LEON, B. E.; CAMPOS, M. L. H. Avaliação subjetiva da saúde e caracterização da funcionalidade de idosos domiciliados numa cidade no interior do Amazonas. **Fisioter. Bras**, v. 24, n. 2, p. 181-190, 2023. doi: 10.33233/fb.v24i2.5307.

DE MENEZES, R. N. J. et al. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Rev. Contex. & Saú.**, Unijuí, v. 18, n. 35, p. 8-12, 2018. doi: /10.21527/2176-7114.2018.35.8-12.

DO NASCIMENTO, H. B.; de MOURA, J. K. N. F.; de Moraes, K. H. C.; GIL, M. P. S.; CANEDO, M. R.; MELO, C. M.; da SILVA, R. M. Principais patologias e recursos terapêuticos utilizados na Fisioterapia Traumatolo-ortopédica. **Anais da Amost. Academ. De Fisiot.**, v. 8, n. 1, p. 87-90, 2020.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R.; Trabalho, suporte social e laser protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev. Saúde Pública.**, v. 45, n. 4, p. 685-692. 2011. doi: 10.1590/S0034-89102011000400007.

DOS SANTOS, V. R.; GOBBO, L. A.; CHRISTOFARO, D. G.; GOMES, I. C.; MOTA, J.; GOBBI, S.; FREITAS, JÚNIOR I. F. Osteoarticular diseases and physical performance of Brazilians over 80 years old. **Cien Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 423-30. doi: 10.1590/1413-81232015212.16032015. PMID: 26910150.

DUARTE, R.; BRECH, G.; DOS SANTOS, A.; IWAMOTO, J.; WITTER, C.; GIL, C.; ALONSO, A. Relação da autopercepção de saúde, capacidade funcional E cognição em idosos octogenários. **Rev. Psicol. Saúde & Doença.** v. 21, n. 3, p. 896-908 ISSN - 2182-8407. 2020. doi: /10.15309/20psd210329.

FARIAS-ANTUNEZ, S.; LIMA, N. P.; BIERHALS, I. O.; GOMES, A. P.; VIEIRA, L. S.; TOMASI, E. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living: a population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 27, n. 2, e2017290. 2018. doi: 10.5123/S1679-49742018000200005.

FELAND, J. B.; MYRER, J. W.; SCHULTHIES, S. S.; FELLINGHAM, G. W.; MEASOM, G. W. The effect of duration of stretching of the hamstring muscle group for increasing range of motion in people aged 65 years or older. **Phys Ther.**, v. 81, n. 5, p. 1110-1117. 2001.

FERRER, M. L. P.; PERRACINI, M. R.; REBUSTINI, F.; BUCHALLA, C. M. WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. **Rev. de Saúde Pública**, v. 53, n. 19, p. 1-11. 2019. doi: /10.11606/S1518-8787.2019053000586.

FRANCISCO, P. M. S. B.; MARQUES, P. de P.; BARIM, F. S. A.; TORRES, S. F.; NERI, A. L. Incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária em idosos com doenças reumáticas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Campinas, v. 21, n. 5, p. 591-600, 2018. doi: 10.1590/1981-22562018021.180089.

FIGUEREDO, J. D; JACOB FILHO, W. Comparação entre avaliações subjetivas e objetivas do desempenho de autocuidado em idosos internados. **Eintein**, São Paulo, v. 1, n. 16, p.1-7, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-22072019-155002/publico/Sara_Xavier.pdf. Acesso em: 10 de jun. de 2022.

FHON, J. R. S.; RODRIGUES, R. A. P.; SANTOS, J. L. F.; DINIZ, M. A.; SANTOS, E. B.; ALMEIDA, V. C. Fatores associados a fragilidade em idosos: estudo longitudinal **Rev. de Saúde Pública**, 2018, v. 74, n. 52, p. 1-8. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000497.

FREITAS E.V.; PY, L.; CANÇADO, A. X.; JOHANNES, D.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

FERREIRA, L. V.; da SILVA, M. C. M.; de CASTRO, E. A. B.; FRIEDRICH, D. B. de C. Busca de autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. **Rev. Context. & Saúde**, Juiz de Fora, v. 17, n. 32, p. 46-54, 2017. doi: /10.21527/2176-7114.2017.32.46-54.

FERRETTI, F.; da SILVA, M. R.; PEGORARO, F.; BALDO, J. E.; de SÁ, C. A. Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. **BrJP. São Paulo**, v. 2, n.1, p. 3-7. 2019. doi: 10.5935/2595-0118.20190002.

FOLSTEIN M. F, FOLSTEIN S. E, MCHUGH P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

GUIMARÃES, B. M. V.; PINHO, G. C.; dos SANTOS, L. A.; RIBEIRO, P. A.; COSTA, C. M.; FARIA, W. C.; COSTA, A. C.; PERNAMBUCO, A. P. Relação entre funcionalidade e fatores sociais em idosos com lombalgia. **Fisiot. Bras.**, v. 20, n. 6, p. 732-743, 2019. doi: /10.33233/fb.v20i6.2913.

GUSMÃO, D. F.; SANTOS, M. A. C. C.; SANTIAGO, S. S.; de OLIVEIRA, N. R.; SANTOS, B. A.; da SILVA, I. T. Relação entre força muscular e qualidade de vida em idosos da comunidade. *Fisioterapia Brasil*, v. 22, n. 3, p. 334-345, 2021. doi: 34-345 doi: 10.33233/fb.v22i3.4188.

HIRSCH, J. **Prevalence of Rheumatic Disorders in Geriatric Population**. *Rheumatic Disease in Geriatrics*, Cham., Springer, p. 11-13, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-44234-7_13#citeas. Acesso em: 10 de jun. de 2022.

JUCHEM, J. A. S; DALTROS, C. R; CARNIEL, C. A. Observação sobre senescência e senilidade em instituições de longa permanência. **Sal. De Conhec.**, Unijuí, v.2. n.2., 2016. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/6520>. Acesso em: 10 de jun. de 2024.

LAIRES, P. A.; LAÍNS, J.; MIRANDA, L. C.; GERNADAS R.; RAJAGOPALAN, S.; TAYLOR, D. S.; SILVA, J. C. Alívio inadequado da dor em pacientes com osteoartrite de joelho primária. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 57, n. 3, p. 229-237, 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.09.003>.

LANGE, C.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; CASTROL, D. S. P.; PINTOL, A. H.; PETERS, C. W.; DURAND, M. K. Promoting the autonomy of rural older adults in active aging. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 5, p: 2411-7. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0570>.

LEVASSEUR, M.; LUSSIER-THERRIEN, M.; BIRON, M. L.; DUBOIS, M. F.; BOISSY, P.; NAUD, D.; DUBUC, N.; COALLIER, J. C.; CALVÉ, J.; AUDET, M. Scoping study of definitions and instruments measuring vulnerability in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 70, n.1, p. 269-280, 2022. doi: /10.1111/jgs.17451

LEÃO, C. G.; RIBEIRO, J. C. T.; BIAGINI, A. P.; RONCHI, C. F.; SALUM, E. de O.; ACCIOLY, M. F.; WALSH, I. A. P. Papel do Fisioterapeuta no envelhecimento ativo. **Cad. Edu. Saúde e Fis.**, Minas Gerais, v. 13, n. 7, p. 1-9, 2020. doi: /10.18310/2358-8306.v7n13.a11.

LEITE, A. A.; COSTA, A. J. G.; de LIMA, B. de A. M.; PADILHA, A. V. L.; de ALBUQUERQUE, E. C.; MARQUES, C. D. L. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. **Rev. Bras. Reumatol.**, Boa Vista, v. 51, n. 1, p.113-123, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/grNxGK7tZK5w3HYYBLLhv6H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de jun de 2022.

LEITE, B. C.; de OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T.; ROCHA, F. L.; NOGUEIRA, M. F. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Campina Grande, v. 6, n. 22, p. 1-11, 2020. doi: /10.1590/1981-22562019022.190253.

LIMA, L.V. M.; ARAUJO, D. T.; ARAÚJO, G. P. R.; AMARAL, G. N.; SANTOS, T. F.; FERNANDES, V. L. S. **Análise do fenômeno de feminização da velhice**. In: SIMECSAÚDE-2023: 2º Simpósio Internacional Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde. Instituto Enfservic. 2023; 2(2):160.

LOURES, B. F.; GÓES, R. F. de A.; LABRONICI, P. J.; BARRETO, J. M.; OLEJ, B. Avaliação do índice de Massa Corporal como fator de prognóstico na osteoartrose do joelho. **Rev. Bras. Ortop.**, Petrópoles, v. 51, n. 4, p. 400-404. 2016. doi: /10.1016/j.rbo.2015.08.007 0102-3616.

MALTA D. C.; BERNAL, R.T.I.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S. S. C DE; SILVA, M. M. A. DA, FREITAS, M. I. DE F.; BARROS, M. B DE A. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 4, p. 1-10. 2017. doi:/10.1590/S1518-8787.2017051000090.

_____.; FRANÇA, E.; ABREU, D. M. X; PERILLO, R. D.; SALMEN, M. C.; TEIXEIRA, R; RIBEIRO, P. L. A.; FELISBINO-MELENDEZ, S. M.; MACHADO, E. I.; VELASQUES-MELENDEZ, G.; BRANT, C. C. L.; SILVA, S. A. D.; PASSOS, A. M. V.; NASCIMENTO, R. V.; COUSIN, E.; GLENN, S.; NAGHAVI, M. Mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Popul Heal Metrics**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2020. doi: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216->.

MELO, B. T. M.; SANTANA, A. B. G.; SILVA, C. L.; NEVES, B. M. L.; SOUZA, F. D. C.; RODRIGUES, F. B. K. A. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos do Nordeste: uma revisão integrativa. **Diversitas Journal**, v. 8, n. 1, p. 0431-0444, 2023. doi: 1048017/dj.v8i1.2036.

MELO, A. C. F.; NAKATANI, A. Y. K.; PEREIRA, L. V.; de MENEZES, R. L.; PAGOTTO, V. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal em idosos de Goiânia/GO. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 2, p. 138-143, 2017. doi: /10.1590/1414-462X201700010274.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciê. Saúde Colet.** Minas Gerais, v. 5, n.15, p. 2297-2305, 2010. doi: /10.1590/S1413-81232010000500005.

_____, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. E-book.

MENDONÇA, M. A.; MARINHO, M. S.; SANTANA, E. S.; CHAVES, R. N.; OLIVEIRA, A. S.; LOPES, A. O. S.; dos REIS, L. A. Avaliação da qualidade de vida de idosos dependentes no município de Vitória da Conquista/BA. **Fisioter. Brasil.**, v.19, n. 5, p. 624-630. 2018. doi:/10.33233/fb.v19i5.2236.

MELO, S. P. S. C; CESSE, P. A. E; LIRA, C. I. P; RISSIN, A; CRUZ, C. L. B. S. R; BATISTA FILHO, M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159-3168. doi :10.1590/1413-81232018248.30742017, 2019.

MALTA, D. C.; DA SILVA, M. M. A.; ALBUQUERQUE, G. M.; DE LIMA, C. M.; CONSTANTE, T.; JAIME, C. P.; DA SILVA JR, J. B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014. doi: 10.1590/1413-812320141911.07732014.

_____. BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; DE ARAÚJO, S. S. C.; DA SILVA, M. M. A.; FREITAS, M.I. DE F.; BARROS, M. de A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise de Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 51, Supl. 1, 4s, 2017. doi: /10.1590/S1518-8787.2017051000090 1.

_____. FRANÇA, E.; ABREU, D. M. X; PERILLO, R. D.; SALMEN, M. C.; TEIXEIRA, R; RIBEIRO, P. L. A.; FELISBINO-MELENDEZ, S. M.; MACHADO, E. I.; VELASQUES-MELENDEZ, G.; BRANT, C. C. L.; SILVA, S. A. D.; PASSOS, A. M. V.; NASCIMENTO, R. V.; COUSIN, E.; GLENN, S.; NAGHAVI, M. Mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Popul Heal Metrics** 2020, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2020. doi: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-.

MIRANDA, C. G. L.; SOARES, SOBRINHO L.; CASTRO, M. S. Validação de vídeo lúdico: educação em saúde de idosos hipertensos para a promoção do uso correto e seguro de medicamentos e conhecimento sobre sua doença. **Rev Observ.**, v. 5, n. 6, p. 821-33. 2019. doi: https://doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2019v5n6p821.

NAGAYOSHI, B. A.; LOURENÇÃO, L. G.; KABAYASE, Y. N. S.; PAULA, P. M. da S.; MIYASAKI, M. C. de O. S. Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-54, 2018. doi: /10.1590/1981-22562018021.170103

OLIVEIRA, H. G. A.; PEREIRA, M. S.; PRESTES, Y. A.; SILVA, E. S.; CAMPOS, H. L. M. Características cognitivas e domínio físico funcional em idosos avaliados em domicílio numa cidade no interior do Amazonas: estudo transversal. **Rev. Kaiós-Gerontologia**, v. 23, n. 1. p. 161-179, 2020. doi: 10.23925/2176-901X.2020v23i1p161-179.

OLIVEIRA, M. P.; ALVES, L. F. S.; da SILVA, A. G.; PIRES, N. O.; NASCIMENTOS, T. R.; CRUZ, G. S.; da SILVA, L. W. S.; VALENÇA, T. D. S Ações intervencionistas no alívio dos sintomas de doenças reumáticas em idosos. **Rev. Univap**, São José dos Campos, v. 27, n. 53, ISSN, 2237-1753, 2021.

PACCA, D. M.; DE-CAMPOS, G. C.; ZORZI, A. R.; CHAIM, E. A.; DE-MIRANDA, J. B. Prevalência de dor articular e osteoartrite na população obesa brasileira. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 31, n. 1, p. e1344, 2018. doi: /10.1590/0102-672020180001e1344.

PICHORA-FULLER, M. K.; KRAMER, S. E.; ECKERT, M.A.; EDWARDS, B.; HORNSBY, B. W.; HUMES, L. E.; LEMKE, U.; LUNNER, T.; MATTHEN, M.; MACKERSIE, C. L.; NAYLOR, G.; PHILLIPS, N. A.; RICHTER, M.; RUDNER, M.; SOMMERS, M. S.; TREMBLAY, K. L.; WINGFIELD, A. Hearing impairment and cognitive energy: The framework for understanding effortful listening (FUEL). **Ear and hearing**, v. 37, n. 1, p. 5-27, 2016. doi:/10.1097/AUD.0000000000000312.

PITILIN, E. B.; MASSAROLI, A.; LUZARDO, A. R.; LENTSCK, M. H.; BARATIERI, T.; GASPARIN, V. A. Factors associated with leisure activities of elderly residents in rural areas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 3, p. e20190600. 2020. doi: /10.1590/0034-7167-2019-0600

PIVETTA, N. R. S.; MARINCOLO, J. C. S.; NERI, A. L.; APRAHAMIAN, I.; YASSUDA, M. S.; BORIM F. S. A. Multimorbidity, frailty and functional disability in octogenarians: A structural equation analysis of relationship. **Archives of Gerontology and Geriatr.**, v. 86, p.103931, 2020. doi: /10.1016/j.archger.2019.103931.

PRADO, S. L. A.; REGUERA, M. G.; GÓMES, M. P.; BORGES, K. R. La teoria Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para caliad em la atención. **Rev. Med. Eletron**, Matanzas, v. 36, n.3, p. 835-845, 2014. ISSN 1684-1824.

RAMALHO, M. E. S. **Recursos fisioterapêuticos aplicados no tratamento de idosos portadores de gonartrose: uma pesquisa documental realizada em uma clínica escola de fisioterapia de São Luís-Maranhão.** 2023. Disponível em: <http://repositorio.undb.edu.br/handle/areas/982>. Acesso em: 10 de ago. de 2024.

RAMÍREZ, E. G.; HERNÁNDEZ, C. A. O.; SOTO, A. P. C.; BURITICÁ, E. D.; JARAMILLO, J.; RENGIFO, M. L. Health conditions associated to disability in older adults attending a physical activity program. **Rev. Cubana de Investigaciones Biomedicas**, v. 40, n. 3, e1188, 2021. ISSN:08640300. Disponível em: <http://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85118477499&origin=inward&txGid=491e5911340beea4ad9246c3cf10ef4d>. Acesso em: 10 de ago. 2024.

RATH R. S.; KUMAR, R.; AMARCHAND, R.; GOPAL, G. P.; PURAKAYASTHA, D. R.; CHHOKAR, R.; NARAYAN, V. V.; DEY, A. B.; KRISHNAN, A. Frailty, disability, and mortality in a rural community-dwelling elderly cohort from northern india. **Indian J Community Med**. v. 46, n. 3, p. 442-445. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_616_20.

REBELATTO, J. R.; CALVO, J. I.; OREJUELA, J. R.; PORTILLO, J. C. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Rev Bras Fisioter.**, v.10, n. 1, p. 127-32, 2006. doi: 10.1590/S1413-35552006000100017.

RIBEIRO, A. Q.; SALGADO, S. M. L.; GOMES, I. S.; FOGAL, A. S.; MARTINHO, K. O.; ALMEIDA, V. C.; Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 483-493, 2016. doi: 10.1590/1809-98232016019.150047.

RICCI, N. A., KUBOTA, M. T., & CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev De Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 655–662, 2005. doi:10.1590/S0034-89102005000400021.

ROCHA, B. F.; RANGEL, L.R.; LETÍCIA, R. S.; FREITAS, M. A.; CHAVES, N.R. Funcionalidade e condição de saúde em idosos de uma cidade do interior da Bahia. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 25, n. 3, p. 199-206, 2021. ISSN 1982-114X.

RODRIGUES, A. P.; RODRIGUES, W. P.; NOGUEIRA, T. B. de S. de S.; de SOUZA, W. J.; de SOUZA, M. N. A. Qualidade de vida em pacientes portadores de doenças reumáticas. **Bras. Edu. Saúde**, Pombal, v. 9, n. 1, p. 06-13, 2019. doi: [/doi.org/10.18378/rebes.v9i1.6331](https://doi.org/10.18378/rebes.v9i1.6331).

RODRIGUES, R. E.; DUARTE, P. H. M.; FEITOSA, C. A. L. Impacto da osteoartrose de joelho na capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes atendidos em um município de Pernambuco, Brasil. **Archives Of Health Investigation**, v. 8, n. 7, 2019. doi: 10.21270/archi.v8i7.4604.

ROMERO, D. E.; PIRES, D. C.; MARQUES, A.; MUZY, J. Diretrizes e indicadores de acompanhamento de políticas de proteção a saúde da pessoa idosa no Brasil. **Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 134-157, 2019. [/doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1569](https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1569).

ROSS, N. P.; MARTINS, Y. C.; ABICH, F.; MIGUEL, L. M.; BAPTISTA, C. L.; BORGES, A. M. A influência do autocuidado no idoso: um relato de experiência. Disponível em:

https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/19963. Acesso em: 3 de maio de 2022.

SÁ, G. G. DE M.; SANTOS, A. M. R. DOS; CARVALHO, K. M. DE; GALINDO NETO, N. M.; GOUVEIA, M. T. DE O.; ANDRADE, E. M. L. R. Efetividade de vídeo educativo na percepção de idosos sobre riscos de queda: ensaio clínico randomizado. **Rev. da Esc. de enfer. da USP**, n. 56, e20210417. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0417>.

SANT'HELENA, D. P.; SILVA, P. C. da.; GONÇALVES, A. K. Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. **Envelhec. Human.: Desafios contempo.**, v. 1, n. 1, p. 204-218. doi: /10.37885/200901493.

SANTOS, N. G. B.; NETO, E. M. F.; ARÊAS, G. P. T.; ARÊAS, F. Z. S.; LEITE, H. R.; FERREIRA, M. A. C.; JÚNIOR, R. C. F. Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrose no município de Coari, AM. **Rev. Pesq. em Fisioter.**, v. 2. N. 2, p. 107-120. 2012. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v2i2.93.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica à saúde. **Rev. Enferm. Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 2, p. 820–828. 2013. doi: /10.19175/recom.v0i0.421.

SANTOS, I. B. dos; MORAES, A. E. de; LACERDA, A.; GUARINELLO, A. C. Fatores que interferem na participação social de idosos com perda auditiva. **Research, Society and Development.**, v. 11, n. 12, p. p. e510111234860. 2022. doi: 10.33448/rsd-v11i12.34860.

SAYRE, K.; PONTZER, H. P.; GENE, E.; ALEXANDER, B. M.; MEDEIRA, I.; PIKE, A. Z. P.; MABULLAEDAVID, A. R. Ageing and physical function in East African foragers and pastoralists. **Philosophical Transactions of the Royal Society B**, v. 375, n. 1811, p. 20190608, 2020. doi: 10.1098/rstb.2019.0608.

SIMIELI, I.; PADILHA, L. A. R.; TAVARES, C. F. DE F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. Eletr. Acer. Saúde/Elect. Jour. Collec. Health**, v. 37, e1511, p. 1-9. ISSN 2178-2091. 2019. doi:/10.25248/reas.e1511.2019.

SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 4, n. 24, p.30, 2017. doi: /10.17696/2318-3691.24.4.2017.686.

SILVA, P. A. D. S. D., ROCHA, S. V., SANTOS, L. B., SANTOS, C. A. D., AMORIM, C. R., & VILELA, A. B. A. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-646, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018232.12852016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. DOENÇAS REUMÁTICAS. São Paulo: SBR; Laires, P. A.; Láins, J.; Miranda, L. C.; Gernadas R.; Rajagopalan, S.; Taylor, D. S.; Silva,

J. C. Alívio inadequado da dor em pacientes com osteoartrite de joelho primária. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 57, n. 3, p. 229-237, 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.09.003>.

SOUZA, S de.; CAMACHO, A. C. L. F.; JOAQUIM, F. L.; SANTO, F. H. do E. O planejamento de autocuidado para o cuidador de idosos: revisão integrativa. **Rev. Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n.15, p.1866-1872, 2016. doi: /10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201636.

SOUSA, F. E. de A.; SANTOS, G. M. R.; DE ASSIS, S. C.; DE OLIVEIRA, R. M. F. Atuação da fisioterapia na osteoartrose de joelho em idosos no município de São José do Sabugi- PB. **Rev. COOPEX**, v. 15, n.2, p. 5103-5114, 2024. ISSN:2177-5052.

SHEPHARD R. J. **Aging and exercise**. Encyclopedia of Sports Medicine and Science. Internet Society for Sport Science. 1998. Disponível em: <https://www.sportsci.org/encyc/agingex/agingex.html>. Acesso em:11 ago. 2024.

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. **Motor control: theory and practical applications**. 2ª ed. Lippincott: Williams & Wilkins, Philadelphia; 2001.

SLODKOWSKI, B. K.; AKAZAKI, J. M.; MACHADO, L. R.; BEHAR, P. A. Produção de conteúdo audiovisual por idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Debates em educ.**, v.14, n. 35, p. 375-394. 2022. doi:/10.28998/2175-6600.2022v14n35p375-394.

TEIXEIRA, M. J.; AGUIAR, P. H. P.; VEIGA, J. C. E.; MACHADO, H. R.; ANTUNES, A. C. M. Tratado de técnica operatória em neurocirurgia. 1º ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

TORRES, S. F.; NERI, A. L.; BORIM, F. S. A. Overview of Rheumatic Diseases in the Elderly: The FIBRA study. **PAJAR-Pan American Journal Of Aging Research**, v.4, n.1, p. 21-30, 2016.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H. Características sociobiodemográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Espaço Saúde**, v. 2, n. 10, p. 12-17. 2009. doi:10.1590/S0104-11692011000500022.

THEME FILHA, M.M.; SOUZA JUNIOR, P.R. B DE.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n.2, p. 83-96. 2015. doi:/10.1590/1980-5497201500060008.

USTÜN, T. B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK N.; REHM, J.; KENNEDY, C.; EPPING-JORDAN, J.; SAXENA, S.; KORFF, V. M.; PULL, C.; , DEVELOPING THE WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY. Assessment Schedule 2.0. **Bull World Health Organ.**, v. 88, n. 11, p. 815-823. 2010. doi:10.2471/BLT.09.067231.

_____, T. B.; KOSTANJSEK N.; CHATTERJI, S.; REHM, J. **Measuring health and disability: Handbook for the WHO WHODAS Disability Assessment Programme 2.0**. World Health Organization, 2010.

VELOSO, M. V.; SOUSA, N. F. da S.; MEDINA, L. de P. B.; BARROS, M. B. de A. Income inequality and functional capacity of the elderly in a city in Southeastern Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, n. 1, p. E200093. 2020. doi: 10.1590/1980-549720200093.

VERAS, P. R.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciê. & Saú. Col.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.23, p. 1929-1936, 2018. doi: /10.1590/1413-81232018236.04722018.

KAWANO. M. M. **Qualidade de vida em portadores de osteoartrite de joelho e indivíduos assintomáticos.** Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública). 2017. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/776?locale=en>. Acesso em: 10 de ago. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)** Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf?sequence=19&isAllowed=y. Acesso em: 06 de jun. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2018.** Genebra:WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>. Acesso em: 06 de jun. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020.** Genebra:WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>. Acesso em: 06 de jun. de 2024.

XERENTE, V. K. B.; RODRIGUES, C. F.C.; DARONCH, F.; SILVA NETO, S. L.; OSÓRIO, B. N.; NUNES, P. D. Prevalência de doenças osteomusculares e fatores associados em idosos inseridos no programa da universidade da maturidade. **Envelhecimento Humano Desafios Contemporâneos**, v.1., n. 1, p. 544-557, 2020. doi: 10.37885/200901254.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **“Vídeo educativo sobre as doenças reumáticas para pessoas idosas na Atenção Secundária a Saúde”**, realizada pela pesquisadora Hânycka Thayara Wanderley Feitosa, fisioterapeuta, mestrande do programa de Mestrado Profissional em Gerontologia- UFPB, sob a orientação do Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, o Sr(a), não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Portanto, o Sr(a), está livre para responder no momento que quiser ou não, de forma espontânea sem qualquer imposição. Caso decida não participar da pesquisa ou resolva desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo.

Com o aumento expressivo do número de indivíduos longevos mundialmente surge a necessidade de estudos voltados para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, tendo em vista que estão mais propensos a desenvolver as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em especial as reumáticas. O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o desempenho funcional nas Doenças Reumáticas em idosos.

A pesquisa será baseada na coleta de dados, através de entrevista estruturada, constituída por três instrumentos para investigação dos diferentes aspectos. O primeiro será um questionário estruturado para verificar as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, percepção da saúde, número de hospitalização anual, escolaridade, cor/raça, local onde reside, renda, prática de atividade física de forma regular, religião, diagnóstico de uma ou mais Doença Crônica Não Transmissível e qual diagnóstico de Doença Reumática possui.

O segundo instrumento será realizado através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar de forma simplificada a capacidade cognitiva com a finalidade verificar habilidade para responder ao terceiro instrumento.

O último será utilizado para analisar o desempenho funcional dos idosos através do World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), que analisa o

comprometimento físico através dos seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade de vida e participação social.

Todos os participantes serão acobertados pelo que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sofrendo nenhum tipo de dano, logo, quaisquer eventualidades que venham a acontecer, caso algum participante se sinta fragilizado e lesado de alguma forma, o mesmo será ressarcido, todos irão assinar um termo que diz respeito à possibilidade de uso e divulgação dos dados, e, mesmo assinado o participante poderá desistir da contribuição a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os riscos envolvidos nesse estudo serão mínimos, tendo em vista que não serão realizados procedimentos clínicos ou invasivos. No entanto a pesquisa terá alguns riscos: Quanto aos riscos sofridos nesta pesquisa, há uma chance do participante se sentir constrangido em responder algumas das perguntas que estão contidas no questionário da avaliação, porém este risco será minimizado explicando que o mesmo tem todo direito de não responder qualquer uma das perguntas, sendo ele o responsável por decidir responder as perguntas voluntariamente. Outro risco é a quebra de sigilo, que será minimizado, uma vez que no formulário não constarão os nomes dos participantes envolvidos na pesquisa.

Os benefícios previstos dos resultados do estudo, irão contribuir para o cuidado integral na saúde do idoso e ajudarão a direcionar o tratamento fisioterapêutico de acordo às necessidades individuais e coletivas dos usuários. Além da indicação de intervenções interdisciplinares capazes de promover a autonomia e independência do idoso em sua vida diária e comunitária, promovendo assim a capacidade deste indivíduo de possuir bem-estar não somente físico, mas nos âmbitos sociais e psicológicos, prevenindo assim o declínio funcional.

A contribuição com esta pesquisa é isenta de custos, desta forma, o voluntário a participar da pesquisa não irá ter nenhum custo. Em caso de eventual dano ao contribuinte desta pesquisa, ele poderá ser ressarcido na proporção do dano sofrido. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios de comunicação bem como eventos na área da saúde, tendo a possibilidade de ser publicada em periódicos nacionais e internacionais. É de caráter sigiloso todas as informações obtidas nesta pesquisa, e a utilização das mesmas dentro da pesquisa só será realizada mediante assinatura do TCLE.

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, segue o contato da pesquisadora responsável: HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA, telefone: (83) 99944-3278, e-

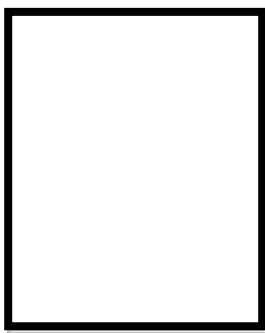
mail: hanycka@hotmail.com. Endereço Instituto Paraibano de Envelhecimento (IPE) – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Fone: (83) 99669- 5492. Bem como através do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP – UFPB, Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Fone: (83) 3216 7791.

O participante foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa, riscos e benefícios, e após assinatura do documento dará o consentimento para participar de forma voluntária da pesquisa e para publicação dos resultados. Estando ciente que receberá uma via desse documento. Fica registrado, também, terá conhecimento das informações, dados e/ou material, serão usados pela responsável para a pesquisa com propósitos científicos.

Queimadas, PB, ____/____/____

Hânycka Thayara Wanderley Feitosa
(Pesquisadora responsável)

Assinatura do voluntário (não remunerado)



Impressão digital

APÊNDICE B

Questionário de Avaliação de Fatores Sociodemográficos

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Foi Diagnosticado com uma ou mais de uma Doença Crônica Não Transmissível? _____

Qual(s) Doença(s) Reumática(s) foi diagnosticado? _____

Como você considera o seu estado de saúde?	
1.Excelente, bom ou muito bom?	()
2. Regular ou ruim	()
Quantas vezes ao ano você foi hospitalizado no ano atual?	
1.Uma vez	()
2.Duas vezes	()
3. Três vezes ou mais	()
4. Nenhuma	()
Qual seu estado conjugal?	
1.Nunca foi casado(a)	()
2.Casado(a)	()
3 União estável	()
4.Divorciado(a)	()
5.Viúvo(a)	()
Grau de Escolaridade:	
1.Analfabeto	()
2.Fundamental Incompleto	()
3.Fundamental Completo	()

4.Ensino Médio Incompleto	()
5.Ensino Médio Completo	()
6.Superior Incompleto	()
7.Superior Completo ou mais	()
Cor/ Raça:	
1.Branca	()
2.Preta	()
3. Parda	()
4. Amarela	()
5. Indígena	()
Residência:	
1.Zona Urbana	()
2.Zona Rural	()
Renda:	
1.Um salário-mínimo	()
2.Dois salários-mínimos	()
3.Três salários-mínimos ou mais	()
4.Nenhuma	()
Prática alguma Atividade Física regular:	
1.Sim	()
2.Não	()

Religião:	
1.Católica Apostólica Romana	()
2.Evangélica	()
3.Espírita	()
4.Outras	()
5.Sem religião e sem declaração	()

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Avaliação simples das funções cognitivas

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Sem escolaridade () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

1. Orientação Temporal Espacial 1.1 Qual é o dia da semana? _____ 1 Qual é o dia do mês? _____ 1 Qual mês? _____ 1 Qual hora aproximada? _____ 1 1.2 Onde estamos? Local? _____ 1 Instituição (Casa/rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1	5. Linguagem 5.1 Aponte para um lápis e um relógio. Faça o entrevistado(a) dizer o nome desses objetos conforme os aponta. _____ 2 6. Faça o paciente repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1
2. Registros 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Pedir ao entrevistado(a) para repetir as 3 palavras: • Vaso, carro, tijolo _____ 3	7. Faça o(a) entrevistado(a) seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3
3. Atenção e cálculo Sete seriado ($100-7=93$; $93-7=86$; $86-7=79$; $79-7=72$; $72-7=65$) ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5	8. Faça o(a) entrevistado ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1
4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. _____ 3	9. Faça o(a) entrevistado(a) escrever uma frase de autoria própria. (A frase deve conter um sujeito, um objeto e fazer sentido). _____ 1 10. Copie o desenho abaixo. _____ 1 
AValiação DO ESCORE	Total de pontos obtidos _____

Fonte: Folstein, Folstein e McHugh, (1975).

APÊNDICE D
WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE
(WHODAS) 2.0 PT

Avaliação do desempenho funcional dos idosos versão de 36 itens, administrada por
entrevistador.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico

O texto a ser lido para o(a) entrevistado(a) está escrito em letra padrão azul

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista				
F1	Número da identidade do entrevistado			
F2	Número da identidade do entrevistador			
F3	Momento da avaliação (1,2, etc.)			
F4	Data da entrevista	_____ dia	_____ mês	_____ ano
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista. Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anotar o sexo da pessoa conforme o observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade	_____ anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, escola, faculdade ou universidade?	_____ anos	
A4	Qual o seu estado civil atual? (escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problema de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta nº1 ao(à) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a “dificuldade em fazer uma atividade” significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

Dê o cartão resposta nº2 ao(à) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer algumas perguntas sobre compreensão e comunicação

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6	Começar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quantadificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3	Movimentar-se dentro de sua casa?	1	2	3	4	5
D2.4	Sair da sua casa?	1	2	3	4	5
D2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Domínio 3 Autocuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quantadificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quantadificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Domínio 5 Atividade de vida

5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.0 1	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as tarefas domésticas por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias
-----------	---	-------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhum a	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar bem as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que reduzir a intensidade do trabalho por causa de uma condição de saúde?					Não 1
						Sim 2
D5.10	Você ganhou menos dinheiro como resultado de uma condição de saúde?					Não 1
						Sim 2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você deixou de trabalhar por meio dia ou mais por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias
-------	---	-------------------------------

Domínio 6 Participação

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de barreiras ou obstáculos no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para viver com dignidade por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem prejudicado financeiramente você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua família teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas por si mesmo(a) para relaxamento ou lazer?	1	2	3	4	5

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor,

foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?	<i>Anote o número de dias</i>
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i>
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você diminuiu ou reduziu suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i>

Mostre os cartões resposta nº1 e nº 2.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº1

Condições de saúde:

- Doenças, enfermidades ou outros problemas de saúde
- Lesões
- Problemas mentais ou emocionais
- Problemas com álcool
- Problemas com drogas

Ter dificuldade com atividades significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

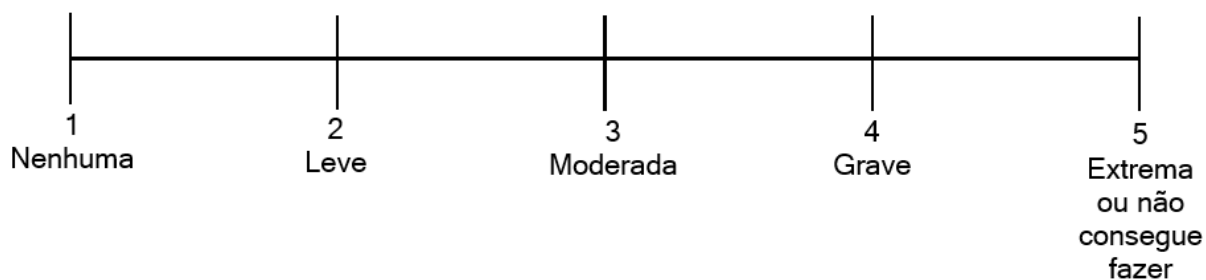
Pense somente nos últimos 30 dias.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº 2



ANEXO A

Certidão do Comitê de Ética

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.194.646

sexo, estado civil, percepção da saúde, número de hospitalização anual, escolaridade, cor/raça, local onde reside, renda, prática de atividade física de forma regular, religião, diagnóstico de uma ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e qual diagnóstico de Doença Reumática possui. Para avaliação das demais funcionalidade e autocuidado dos idosos serão utilizados dois instrumentos, o segundo para avaliar os aspectos de autocuidado (Índice de Lawton), o qual avalia o nível de dependência e independência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e o terceiro para apreciar a funcionalidade dos idosos (Escala de Katz), que analisa o nível de comprometimento funcional físico para as Atividades Básicas de Vida diária (ABVDs).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela se encontra bem instruído de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:

Recomenda-se manter a metodologia proposta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2148103.pdf	22/06/2023 09:13:46		Aceito
Outros	anuencia.pdf	22/06/2023 09:13:19	Hânycka Thayara Wanderley Feitosa	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900

UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
GERONTOLOGIA**



ANEXO B - Declaração de Ausência de Plágio em Trabalho Final

Nome: HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA

**VÍDEO EDUCATIVO SOBRE AS DOENÇAS REUMÁTICAS PARA PESSOAS
IDOSAS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAÚDE**

Em cumprimento ao que preceitua a Resolução N.º 79/2013/CONSEPE, Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal da Paraíba, declaro, para efeito de abertura de processo de marcação de defesa no Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia, que o trabalho apresentado à banca examinadora é de minha autoria, e que foram respeitadas todas as normas da ABNT, no que se refere a citações, em virtude de que também declaro não ter cometido plágio em meu trabalho final.

João Pessoa – PB, 23 de setembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA
Data: 23/09/2024 10:38:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura da Aluna



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
GERONTOLOGIA**



ANEXO C - DECLARAÇÃO DE AUTORIA

NOME: HÂNYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA

CPF: 073.362234-86

Código de Matrícula: 20221011596

Telefone: (83) 99944-3278

E-mail: hanyckafeitosa@gmail.com

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA, DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA.

ORIENTADOR: Prof. Dr. ROBSON ANTÃO DE MEDEIROS

DATA DA DEFESA FINAL: 16/10/2024

TÍTULO/SUBTÍTULO: VÍDEO EDUCATIVO SOBRE AS DOENÇAS REUMÁTICAS PARA PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAÚDE

Declaro, para os devidos fins, que o presente trabalho de dissertação, em fase de defesa, apresentada ao PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA, DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, Área de Concentração: Gerontologia e Linha de Pesquisa: Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Atenção à Saúde e Envelhecimento é de minha autoria e que estou ciente: dos Artigos 184, 297 a 299 do Código Penal, Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940; da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, sobre os Direitos Autorais, do Regulamento Disciplinar do Corpo Discente da UFPB, da Resolução da Pós-graduação da UFPB; e que plágio consiste na reprodução de obra alheia e submissão da mesma, como trabalho Próprio, ou na inclusão, em trabalho próprio, de ideias, textos, tabelas ou ilustrações (quadros, figuras, gráficos, fotografias, retratos, lâminas, desenhos, organogramas, fluxogramas, plantas, mapas e outros) transcritos de obras de terceiros sem a devida e correta citação da referência.

João Pessoa – PB, 23 de setembro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br HANYCKA THAYARA WANDERLEY FEITOSA
Data: 23/09/2024 10:38:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do Autor