

Autopercepção de saúde em idosos portadores de doenças osteoarticulares praticantes de atividade física

Self-rated health in elderly patients with steoarticular diseases

Autopercepción de la salud en los ancianos com enfermedades osteoarticulares practicantes de la actividad física

Eduardo Siqueira Bigaton¹

Rafaela Simon Myra^{1*}

Mariângela DeMarco¹

Matheus Santos Gomes Jorge¹

Lia Mara Wibelinger²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autopercepção de saúde em idosos portadores de doenças osteoarticulares, residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Método:** O estudo é quantitativo, descritivo de corte transversal. A amostra foi composta por 78 idosos portadores de doenças osteoarticulares praticantes de atividade física. A população foi submetida a um questionário, no qual se investigou dados sócio-demográficos e condições de saúde percebida dos idosos, deste foram seccionadas o publico então selecionado destes os que eram portadores de doenças osteoarticulares e praticantes de exercício físico. **Resultados:** A maioria dos indivíduos era do sexo feminino, na faixa etária dos 60-69 anos, viúva, católica e tem o ensino fundamental incompleto, não são tabagistas, nem etilistas, e tem uma renda de um salário mínimo. E percebiam sua condição de saúde como ruim. **Conclusão:** A maioria dos idosos referiu sua condição de saúde como ruim, o que pode reforçar a ideia de que a percepção de estar doente possa estar relacionada à presença de doenças osteoarticulares que podem levar a incapacidade e limitações funcionais.

Palavras-chave: Percepção. Saúde. Idoso. Sistema Musculoesquelético.

ABSTRACT

Aim: Evaluate the self-perception of health in elderly patients with osteoarticular diseases residing in a Rio Grande do Sul city. **Method:** This is a quantitative and descriptive cross sectional study. The sample was composed of 78 elderly patients with osteoarticular diseases who practice physical activity. The population was submitted to a questionnaire, which has investigated sociodemographic data and the health perception status of the elderly, of this part the population was divided, then selected those who were suffer from osteoarticular diseases and practitioners of physical exercise.

Results: Most part of the subjects were female, in the age group of 60-69 years, widow, Catholic and has finished elementary school, they are not smokers or drinkers and have a rent of a minimum wage. And perceived their health status as poor. **Conclusion:** The majority of elderlies report their health status as poor, which may reinforce the idea that the perception of being ill may be related to the presence of osteoarticular diseases that can lead to disability and functional limitations. **Key-words:** Perception. Health. Aged. Musculoskeletal System.

¹ Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. *Bolsista Pibic/CNPQ.

² Docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUC-RS. E-mail: liafisio@upf.br

RESUMÉN

Objetivo: Evaluar la autopercepción de la salud en los pacientes de edad avanzada con enfermedades osteoarticulares, que vive en una ciudad del interior de Río Grande do Sul Método. **Métodos:** El estudio es el estudio cuantitativo, descriptivo. La muestra consistió en 78 pacientes de edad avanzada con enfermedades osteoarticulares practicantes de actividad física. La población fue sometida a un cuestionario en el que se investigaron datos socio-demográficos y las condiciones de salud de las personas de edad percibida, esto se seccionaron el público seleccionó a los que sufrían de enfermedades osteoarticulares y practicantes de ejercicio. **Resultados:** La mayoría de los sujetos eran mujeres, con edades comprendidas entre 60-69 años de edad, viuda, católicos y de la escuela primaria no han terminado, no son fumadores o bebedores y tener un ingreso de un salario mínimo. Y percibe su estado de salud como malo. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes dijo que su estado de salud como malo, que puede reforzar la idea de que la percepción de estar enfermo puede estar relacionada con la presencia de enfermedades osteoarticulares que pueden llevar a la discapacidad y las limitaciones funcionales. **Palabras clave:** Percepción. Salud. Anciano. Sistema Musculoesquelético.

INTRODUÇÃO

Os idosos constituem a parcela da população que mais cresce em todo o mundo. No Brasil, um novo processo de transição demográfica vem se estabelecendo de forma rápida e acentuada. Percebe-se que, com o passar dos anos, vem ocorrendo uma transformação na estrutura etária, iniciada em 2000 com 13,9 milhões. E segundo as projeções, em 2020 se elevará para 28 milhões (IBGE, 2009).

No Brasil, é considerado idoso o indivíduo que tem 60 anos ou mais. É um período da existência em que a pessoa já teve muitos ganhos e sofre também com algumas perdas, dentre estas as suas condições de saúde, que são consideradas bastante significativas (RODRIGUES E DIOGO, 1996).

Conforme é o histórico de vida do indivíduo, é a sua interpretação do processo de envelhecimento (MOIMAZ et al., 2009). A autopercepção de saúde é considerada um importante preditor de incapacidade funcional nos idosos, a insegurança e fragilidade são reflexos de problemas físicos, associados a disfunções emocionais e psicossociais, resultando numa visão negativa n desenvolvimento de suas funções (MACIEL E GUERRA, 2005).

A autopercepção de saúde vem sendo amplamente utilizada na abordagem da associação entre saúde, determinantes demográficos, socioeconômicos, doenças crônicas, capacidade funcional, principalmente em idosos (ALVES E RODRIGUES, 2005).

Nos países subdesenvolvidos a população tem menos informação sobre saúde em relação aos países desenvolvidos, tornando menos provável que o idoso faça uma boa avaliação de seu estado de saúde, e, possivelmente enfraquecendo a relação entre má autopercepção de saúde e mortalidade (FRANKENBERG E JONES, 2004).

Dentre ao idosos as deficiências osteoarticulares e musculoesqueléticas, são as mais frequentes e predominantes (CARVALHO E GARCIA 2003).

Condições como artrite reumatóide, osteoartrite, osteoporose e lombalgia são frequentes. Estima-se que será a quarta causa de deficiência no ano 2020 (WOOLF E JONES, 2004).

Tendo em vista a importância da autopercepção de saúde e a falta de análise de populações de países em desenvolvimento, avaliamos dados de saúde e dados socioeconômicos, com o objetivo de caracterizar a autopercepção de saúde em idosos portadores de doenças osteoarticulares residentes em um município do interior do RS.

MÉTODO

A metodologia do presente estudo é quantitativa, descritiva de corte transversal. A amostragem vem de um projeto guarda chuva que estima avaliar mil idosos. Destes foram avaliados 351 indivíduos com idades entre 60 e 90, que residem no município de Passo Fundo-RS. A população foi composta por 78 indivíduos idosos portadores de doenças osteoarticulares e que praticavam atividade física.

Das amostras selecionadas, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: residir no município de Passo Fundo-RS, possuir condições de comunicação com o entrevistador; ter 60 ou mais anos de idade e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi à presença de algum déficit que impedisse o participante de responder os dados questionados, como confusão, desorientação ou déficit mental. Os participantes foram selecionados de forma aleatória e responderam a um questionário, elaborado pelo próprio pesquisador, com perguntas contendo dados de identificação, sóciodemográficos e indicadores de saúde.

As variáveis consideradas no questionário foram: gênero, faixa etária, escolaridade, renda, doenças associadas, consumo de álcool e tabaco, prática de atividade física e autopercepção de saúde. Nos participantes que realizavam atividade física pelo menos

duas vezes na semana, a mesma foi considerada regular.

A coleta de dados foi realizada por um grupo de acadêmicos do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, que foram previamente treinados para aplicar o questionário, no período de agosto de 2011 a setembro de 2012, nos seguintes locais: praças Tamandaré e Marechal Floriano, estabelecimentos públicos, estabelecimentos comerciais, Centro de

Estudos sobre a Terceira Idade (CREATI), sendo que o número de entrevistas realizadas nestes locais não foi homogêneo. Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS 18.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo, sob o parecer nº 447/2010. O TCLE foi assinado por todos os participantes do estudo.

RESULTADOS

Tabela I - Caracterização da Amostra:

	Variáveis	Total	
		n	%
GÊNERO	Feminino	55	72
	Masculino	23	29
FAIXA ETÁRIA	60-69 anos de idade		
	70-79 anos de idade	43	55
	80-89 anos de idade	25	32
	Acima de 90 de idade	9	12
ESTADO CIVIL		1	1
	Solteiro	8	10
	Casado	29	37
	Viúvo	34	44
ESCOLARIDADE	Divorciado/separado	7	9
	EFI	32	45
	EFC	16	19
	EMI	2	2
	EMC	22	27
	ESI	0	0
	ESC	6	7
RELIGIÃO	Analfabeto	0	0
	Outra	1	1
	Protestante	7	9
	Espírita	1	1
	Evangélicos	6	8
TABAGISTAS	Católica	63	81
	Sim	13	17
ETILISTAS	Não	65	83
	Sim	17	22
RENDA	Não	61	78
	1 salário-mínimo	35	45
	2 salários-mínimos	32	41
	3 salários-mínimos	7	9
	4 salários ou mais	4	5

EFI -Ensino fundamental incompleto, EFC- Ensino fundamental completo, EMI- Ensino médio incompleto, EMC- Ensino médio completo, ESI -Ensino superior incompleto, ESC- Ensino superior completo.

Tabela II - Percepção de Saúde da Amostra:

Percepção de Saúde	N	%
ÓTIMA	1	1
BOA	5	7
REGULAR	29	32
RUIM	32	41
PESSIMA	11	14

DISCUSSÃO

A autopercepção de saúde dos idosos pode ser usada como ferramenta para melhorar as condições de saúde e acesso aos serviços de saúde por parte desta população, independentemente da condição social. Ações que abordam os principais fatores determinantes da autopercepção de saúde podem contribuir de maneira significativa para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

A percepção da saúde é diferenciada entre homens e mulheres, dado isto pelo tipo de modificações físicas, metabólicas durante o processo de envelhecer (LEBLANC et al., 2011).

Na amostra deste estudo observou a predominância dos indivíduos do sexo feminino, na faixa etária entre 60-69 anos. O que concorda com a pesquisa realizada por Shiaveto (2010), que entrevistou 515 idosos e constatou o predomínio do sexo feminino (66,6%) em relação à faixa etária, sendo que aquela que apresentou mais indivíduos foi a de 65- 69 anos (25,6%).

Nunes et al. (2009), estudaram a influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos, e constataram que as mulheres eram a maioria entre o grupo de idosos, mas apesar de terem maior expectativa de vida, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional. Algumas hipóteses são levantadas para explicar essa diferença: maior prevalência de condições incapacitantes não fatais (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade das mulheres em reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária. O que relaciona-se com nossos resultados, que encontrou maior prevalência de mulheres, ao estudar um grupo de idosos com doenças osteoarticulares.

Estudos confirmam que alguns fatores são favoráveis a negatização na percepção da saúde, entre eles o sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, a própria longevidade, aspectos nutricionais débeis, o sedentarismo, sintomatologia depressiva e alterações

cognitivas (MONDEN et al., 2003), (SILVA et al., 2012) o que concorda com os resultados encontrados em nossa amostra, onde a maioria era do sexo feminino, e a autopercepção de saúde foi referida como ruim.

Pesquisa de Hott e Pires (2011), observou que a maior parte dos idosos encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos (58,7%), com prevalência do sexo feminino (88,6%) e com primeiro grau incompleto (56,5%). 66% da população estudada auto avaliou sua saúde como boa. Quanto ao nível de escolaridade nossa amostra também apresentou uma maior prevalência de indivíduos com primeiro grau incompleto.

Em um estudo realizado por Araújo et al. (2003), com o objetivo de identificar as condições socioeconômicas e de saúde referidas pelos idosos, participaram 111 idosos cadastrados por uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de Aparecida de Goiânia, em Goiás, e seus realizadores concluíram que houve predomínio de mulheres (55,9%), e a religião mais referida foi à católica, com 46,8% da amostra, o que ao encontro da amostra analisada neste estudo que mostrou um grande predomínio de indivíduos da religião católica.

A religiosidade pode exercer um papel muito significativo, proporcionando um amparo seguro para lidar com os desafios cotidianos geradores de estresse, como o isolamento, a dependência, a solidão e a ansiedade que permeiam a vida do idoso, muitas vezes ocasionando doenças. Assim, as crenças religiosas estimulam a adoção de práticas saudáveis por atribuírem significados aos fatos, favorecendo ao idoso a compreensão de que ele é parte de algo mais amplo. (ARAÚJO et al., 2003), (GOLDSTEIN, 1993), (OLIVEIRA e ARAÚJO, 2002), (PANZINI, 2004).

As consequências advindas das doenças provocadas pelo hábito de fumar podem ocasionar limitações e medos, o que pode influenciar na percepção negativa relatada pela maioria dos idosos. Em nosso estudo observou-se um baixo índice de fumantes e etilistas na amostra. O que concorda com Farinasso (2005), que entrevistou 119 idosos com mais de 75 anos e concluiu que a ocorrência de tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas apresentaram-se em níveis baixos. No entanto, a redução da prevalência de tabagistas e etilistas com a idade não significa redução do número total de idosos fumantes e alcoolistas, o que reforça a importância dos programas de cessação para qualquer grupo etário (PASKILIN e VIANNA, 2007).

Com relação à variável renda, este estudo confirma os resultados encontrados em outras pesquisas de que a média de renda da amostra é de um salário mínimo a dois (ARBER E GINN, 1993), (ZIMMER e AMORNSIRISOMBOON, 2001), sendo 45% dos entrevistados com renda de 1 salário mínimo e 42% até

dois salários e somente 5% com renda a partir de 4 salários. Araújo et al (2003), encontrou na população pesquisada, 55% com remuneração de dois salários mínimos e 31% que viviam com um salário mínimo. Verifica-se uma importante relação da renda com a autopercepção de saúde, idosos com renda mais baixa apresentaram uma percepção ruim de saúde, por outro lado, uma renda elevada foi um indicador robusto de uma boa autopercepção de saúde. A maior probabilidade de relatar saúde ruim entre os idosos com renda de 1 a 5 salários mínimos, em comparação com aqueles cujo rendimento era inferior a 1 salário mínimo, parece contraditória, mas remete ao debate acerca dos diferenciais de percepção segundo nível socioeconômico.

Existem evidências também de que a baixa renda dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, mesmo se esses são disponibilizados adequadamente, e, finalmente, nos recursos materiais. Há evidências de que os idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, possuem baixa adesão aos tratamentos e tem pouco acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde do indivíduo (LIMA-COSTA, 2003).

Em um estudo realizado por Tavares et al. (2008), encontrou resultados quanto à autopercepção referida da saúde pela maioria, como regular (43,5%) verificando que a condição considerada como ótima e boa diminuiu de acordo com o aumento da idade dos idosos estudados. No contexto da saúde, a autopercepção considerada ruim aumenta o risco de mortalidade, interfere na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo.

No entanto, Lebrão e Laurenti (2005), mostraram que a presença de incapacidade é um fator determinante na autoavaliação da saúde. Ter, pelo menos, uma incapacidade para as atividades básicas de vida diária reduz à metade a disposição de considerar a sua saúde muito boa ou boa. O que vem de encontro ao nosso estudo, no qual a maioria dos indivíduos da amostra referiu sua autopercepção de saúde como ruim.

Borges et al. (2014), avaliou a autopercepção de saúde de 274 idosos, e verificou que apesar de a

maioria dos idosos ter referido boa saúde, grande número deles relatou ser portador de doenças crônicas, o que reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

A condição de saúde percebida pelos indivíduos idosos é considerada importante preditor de incapacidade funcional nos mesmos. A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais acaba gerando sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções (MACIEL E GUERRA, 2005).

A artrite ou o reumatismo representa a principal causa de incapacidades, na população norte-americana, e sua prevalência aumenta com o envelhecimento populacional (HOOTMAN et al., 2006). No Brasil, apesar da sua alta prevalência, a artrite ainda não é vista como um problema que merece considerável atenção (MATTA-MACHADO et al., 2004).

Segundo Tamegushi et al. (2008), em seu estudo a OA apresenta uma forte influência na capacidade funcional do idoso. De acordo com Alves et al. (2007), a presença de uma artropatia aumenta em 59% a chance do idoso ser dependente nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A dificuldade ou incapacidade na realização dessas tarefas representa um risco elevado para a perda da independência funcional (MARX et al., 2006), o que pode justificar o fato, de mesmo os idosos sendo praticantes de atividades físicas, os mesmos terem maior propensão à dor e com isso apresentarem uma autopercepção de saúde negativa.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos referiu sua condição de saúde como ruim, o que pode reforçar a ideia de que a percepção de estar doente possa estar relacionada à presença de doenças osteoarticulares que podem levar a incapacidade e limitações funcionais. Baseado neste resultado é importante que se fomentem ações que possam contribuir de maneira significativa para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: out. 2014.
2. RODRIGUES RAP, DIOGO MJD. Como cuidar dos idosos. Campinas: Papirus. 45 p. 1996.
3. MOIMAZ SAS, ALMEIDA MEL, LOLLÍ LF et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2009;12(3):361-75.
4. MACIEL ACC, GUERRA RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. Rev Bras Ci e Mov, 2005;13(1):37-44.

5. ALVES LC, RODRIGUES RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2005;17(5/6):333–41.
6. FRANKENBERG E, JONES NR. Self-rated health and mortality: Does the relationship extend to a low income setting? *J Health Soc Behav*. 2004;45:441-52.
7. CARVALHO JAM, GARCIA RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad.Saúde Pública*. 2003;19(3):725-33.
8. WOOLF AD, AKESSON K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ*. 2001;322:1079-80.
9. LEBLANC ES, WANG PY, LEE CG *et al*. Higher testosterone levels are associated with less loss of lean body mass in older men. 2011;96(12):3855-63.
10. SCHIAVETO FV. *Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade. Ribeirão Preto*. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
11. NUNES MCR, RIBEIRO RCL, ROSADO LEFPL *et al*. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. bras. Fisioterapia*. Nov.2009;13(5):5-7.
12. MONDEN CW, VAN LENTHE F, DE GRAAF ND *et al*. Partner's and own education: does who you live with matter for self-assessed health, smoking and excessive alcohol consumption? *Soc. Sci. Med*. 2003;57(10):1901-12.
13. SILVA RJS, SMITH-MENEZES A, TRIBESS S *et al*. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
14. HOTT AM, PIRES VATN. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Revista Enfermagem Integrada*. 2011;4(1):765-78.
15. ARAÚJO MAS, NAKATANI AYO, SILVA LB *et al*. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia-GO. *Revista da UFG*. Dez.2003;5(2). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html>. Acesso em: out. 2014.
16. GOLDSTEIN LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: ,83-108, 1993, Campinas: Papyrus; 1993. p.83-108.
17. OLIVEIRA TC, ARAÚJO TL. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2002;36(3):276-81.
18. PANZINI RG. *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, Adaptação e Validação da Escala RCOPE, Abordando relações com Saúde e Qualidade de Vida*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
19. FARINASSO ALDC. *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família*. 238 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
20. PASKULIN GML, VIANNA CL. Perfil sócio demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre, *Rev. Saúde Públ*. 2007;41(5):757-68.
21. ARBER S, GINN J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc. Sci. Med*. 1993;36(1):33–46.
22. ZIMMER Z, AMORNISIRISOMBOON P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Soc. Sci. Med*. 2001;52(8):1297–311.
23. RODRIGUES RN. *Determinantes sócio-econômicos de morbidade e mortalidade numa área de industrialização recente: o caso de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte, 1981.
24. RODRIGUES RN. *“Vida severina”, healthy family?: morbidity and mortality in two metropolitan regions of Brazil* [Tese PhD]. Canberra: Australian National University; 1989.
25. LIMA-COSTA MFF, BARRETO SM, GIATTI L *et al*. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Publ*. 2003;19(3):745–57.
26. TAVARES DMS; GUIDETTI GECB, MOREIRA MIB. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev. Eletrônica Enfermagem*. 2008;10(2):303-7.
27. LEBRÃO ML, LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol*. São Paulo. 2005;8(2):129-32.
28. BORGES AM, SANTOS G, KUMMER JÁ *et al*. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Mar.2014;17(1):79-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100079&lng=en. Acesso em: out. 2014.
29. MACIEL ACC, GUERRA RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Rev. Bras. Ciên. Mov*. 2005;13(1):37-44.
30. HOOTMAN J, BOLEN J, HELMICK C *et al*. Prevalence of doctor diagnosed arthritis and arthritis- attributable activity limitation – United States, 2003- 2005. *Morb. Mortal Wkly. Rep*. 2006;55:1089-92.
31. MATTIA-MACHADO GP, BARRETO SM, PASSOS VMA *et al*. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. *Rev. Assoc. Méd. Bras* 2004;50:367-72.
32. TAMEGUSHI AS, TRELHA CS, DELLAROZA MSG *et al*. Capacidade Funcional de Idosos com osteoartrite. *Rev. Esp. Saúde, Londrina*. Jun.2008;9(2):08-16.
33. ALVES LC, LEIMANN BCQ, VASCONCELOS MEL *et al*. A influência das doenças na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2007;23(8):1924-30.
34. MARX FC, OLIVEIRA LM, BELLINI CG *et al*. Tradução e validação cultural do questionário algo funcional de Leseque e para osteoartrite de joelho e quadril para a língua portuguesa. *Rev. Bras. Reumatol*. 2006;46(4):253-60.

Recebido em: 03/2015

Aceito em: 05/2015