

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

GLAUCIANE AUGUSTO PESSÔA

PERFIL DE FUNCIONALIDADE DE IDOSOS
EM LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA DE
CATARATA

BRASÍLIA
2013

GLAUCIANE AUGUSTO PESSÔA

PERFIL DE FUNCIONALIDADE DE IDOSOS
EM LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA DE
CATARATA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Dra. Ruth Losada de Menezes

BRASÍLIA
2013

GLAUCIANE AUGUSTO PESSÔA

PERFIL DE FUNCIONALIDADE DE IDOSOS EM
LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA DE
CATARATA

Brasília, 11/07/2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Ruth Menezes

Prof.^a Dra. Ruth Losada de Menezes
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB
Orientadora

Patrícia Azevedo Garcia

Prof.^a Ms. Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB

Isabela Azevedo

Prof.^a Ms. Isabela Azevedo
Hospital Universitário de Brasília - HUB

Dedicatória

Inicialmente, dedico a produção deste trabalho a Deus, que permitiu que tudo pudesse ser realizado no seu tempo.

Ao meu querido pai, Heraldo Pessôa, o qual chegou por tantas vezes do trabalho e foi ensinar-me a conversar com os números, e que neste momento, está internado desde fevereiro, e mesmo passando por um momento tão delicado como este, soube compreender a minha ausência nesse período.

À minha mãe, Rozanira Augusto de Lima, que sempre me incentivou a estudar e foi quem me apresentou a UnB, e disse-me ainda criança: “Se um dia você quiser e se dedicar, você poderá estudar nessa universidade, só depende de você!”.

À minha amada irmã, Gleide Kellen Augusto Pessôa, aquela que me colocou no colo e ensinou-me o alfabeto, companheira valiosa, que me apoiou desde a prova do vestibular até este momento.

À minha afilhada preciosa, Larissa Cristina Augusto de Lima, expressão de toda alegria e carinho na minha vida, e que estive ao meu lado brincando enquanto eu fazia este trabalho.

À minha família, que é o tripé da minha existência, o meu eterno amor, respeito e obrigado!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em minha vida, por me ensinar a perseverar nos meus sonhos, a ser forte nos momentos difíceis, e viver a vida com serenidade e humildade.

À minha família, pelo apoio, dedicação, paciência, companheirismo e amor incondicional, berço da minha formação enquanto pessoa.

Às minhas queridas amigas de infância (Denise Lopes de Sousa e Tandara Suian Paiva Carvalho), as quais me ensinaram valores de trabalho em equipe, união e persistência e, que juntas vencemos as batalhas do ensino fundamental e médio e sempre torceram pela minha aprovação no vestibular. Gostaria de dizer-lhes que mesmo longe e em caminhos diferentes, sempre serão eternas e lembradas, pois ambas escreveram e marcaram suas vidas na minha história.

À Emillyanne Freitas, amiga não só das tardes de estudos na biblioteca para passar no vestibular, mas também, excelente companhia, motivadora e maior torcedora pela realização dos nossos sonhos, juntas, vencemos o cansaço, o sono e as reprovações de outrora e, graças a essa amizade, passamos no mesmo vestibular (2º 2008), isso porque não é a sua ou a minha vitória, é a nossa, sorrimos e choramos juntas, uma pela outra, uma eterna torcida.

Aos meus amigos e futuros colegas de profissão (Abraão, Beatriz, Camila, Danilo, Danielle, Elisângela, Fábio, Janaína, Larissa, Lilian, Lidiane, Marina, Milene, Nadya, Natan, Paulo, Pedro, Rosane, Priscila, Samira, Tarcila, e Thays,) que por muitas vezes, me ajudaram no crescimento acadêmico, nas discussões em grupo, no estudo coletivo, presencial e online para as inúmeras provas, pelos almoços e pelas rizadas. Em especial, gostaria de citar o almoço após a aula de Pensamento Social e Saúde Mental, em que descobrimos uma vocação incontestável da Larissa para a música, na ocasião, cantamos músicas antigas que nos marcaram, contamos histórias, recordamos o passado e falamos do futuro, e claro, muitas risadas. Saibam que ao lado de vocês fui imensamente feliz, obrigada pela amizade verdadeira e pela nossa união, que ela perdure, não pelo período da faculdade, mas por uma vida inteira. Desejo a todos uma excelente carreira e sabedoria ao lhe dar com um paciente!

Graças à Universidade de Brasília, conhece a diversidade de pessoas com pensamentos, ideais e conceitos diferentes dos meus, mas que proporcionaram muito de suas essências na minha formação. Dentre essas, não poderia deixar de citar, duas grandes amigas, Ellen de Souza Silva e Luisa de Lourdes Barros, as quais me acompanharam e viveram comigo a construção de um sonho, me incentivaram a seguir em frente, mesmo nas dificuldades e me deram força e garra durante essa jornada de altos e baixos.

A todos os professores do colegiado de fisioterapia da Universidade de Brasília, que aceitaram o desafio de criar, desenvolver e fundar um bom curso com qualidade na Ceilândia, compreendendo e respeitando as peculiaridades do contexto social, cultural e econômico ao qual nos encontrávamos e, mesmo assim, persistiram, mudaram suas vidas, e doaram seu tempo, seu conhecimento, e o seu melhor em prol do crescimento e aprendizado dos

alunos, nos incentivaram a ir além, nunca parar, a buscar sempre o aperfeiçoamento de forma pessoal e profissional.

À minha orientadora, Dra. Ruth Losada de Menezes, a quem sou profundamente grata pela oportunidade da sua orientação, a qual me acolheu na iniciação científica, durante dois anos, em que pude crescer e vivenciar a rotina de uma pesquisa e, entender sua importância para a sociedade. Jamais esquecerei seus ensinamentos que foram constantes para a minha formação.

Às professoras, Ms. Patrícia Azevedo Garcia e Romão e Ms. Isabela Azevedo, que aceitaram participar da banca examinadora, contribuindo para o meu aprendizado.

Às mestrandas, Larissa Lima e Fernanda Pains, pela colaboração diária, pela amizade, pela persistência e dedicação à pesquisa.

Às minhas companheiras de pesquisa, Lara, Priscila, Beatriz, Marina e Larissa Israela, obrigada por se doarem na busca de voluntários e na coleta de dados. Em especial, agradeço à Milene, por sua doçura, apoio e carinho, juntas recrutamos e avaliamos vários desses idosos.

Aos idosos voluntários, que disponibilizaram uma parte do seu tempo para contribuir com os achados dessa pesquisa.

À agência de fomento, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro concedido para que este projeto fosse realizado.

A todos os outros envolvidos, que estiveram presentes nesta caminhada e que colaboraram de alguma forma indireta na realização deste estudo.

“Que a felicidade não dependa do tempo, nem da paisagem, nem da sorte, nem do dinheiro. Que ela possa vir com toda a simplicidade, de dentro para fora, de cada um para todos.”

(Calos Drummond de Andrade)

Oração de Santa Terezinha

"Que hoje haja paz dentro de mim, que eu possa confiar no poder mais alto que é Deus, pois estou exatamente onde devo estar que seja feita a vontade Dele, nosso Pai, que eu não me esqueça das possibilidades infinitas que nascem da fé, que eu possa usar essas bênçãos que recebo e transmitir o amor que me é dado, que eu possa sentir-me satisfeito sabendo que sou filho de Deus e permita-me Senhor, que sua presença se estabeleça em meus gestos e dê a minha alma a liberdade para cantar, dançar e aquecer-me na sua luz, que está aqui para todos nós. Amém!"

RESUMO

PESSÔA, Glauciane Augusto. **Perfil de funcionalidade de idosos em lista de espera para cirurgia de catarata.** 2013. 52f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

Objetivo: Realizar a análise descritiva dos dados sociodemográficos, de saúde geral, do desempenho físico e da capacidade de execução das atividades básicas de vida diária de idosos com diagnóstico de catarata. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo transversal constituído por 48 idosos, com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, recrutados do Departamento de Oftalmologia do Hospital de Base e do Hospital Regional de Taguatinga do Distrito Federal. Os instrumentos utilizados foram: um questionário relacionado aos dados sociodemográficos e às condições de saúde, o Índice de Katz (IK) para avaliar as atividades básicas de vida diária (ABVD) e *Short Physical Performance Battery (SPPB)* para o desempenho físico. **Resultados:** Quanto aos dados sociodemográficos, a maioria eram mulheres (62,5%), entre 60-69 anos (50%), 52,1% eram casados ou viviam com o companheiro e 35,4% estudaram até o primário. No que se refere às condições de saúde, 50% praticavam atividade física, 43,7% apresentaram obesidade, 85,4% usavam entre dois e três medicamentos e 41,7% autorrelatavam entre uma a duas doenças. Os resultados revelaram que 54,2% dos idosos foram independentes no IK e 68,7% obtiveram bom desempenho na *SPPB*. Ao analisar o sexo, mulheres foram dependentes para uma única função e exibiram baixo desempenho físico. Os idosos mais velhos classificaram com baixo desempenho físico e foram mais dependentes nas ABVD's que os idosos mais jovens. **Conclusão:** Os resultados apontam que os idosos com catarata investigados nesse estudo foram independentes para as atividades de vida diária e possuíram bom desempenho físico.

Palavras-chave: Catarata, Idoso, Desempenho Físico e, Atividades Cotidianas

ABSTRACT

PESSÔA, Glauciane Augusto. **Profile functionality elderly on the waiting list for cataract surgery.** 2013. 52f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2013.

Objective: A descriptive analysis of demographic data, overall health, physical performance and ability to perform basic activities of daily living of elderly diagnosed with cataract. **Method:** This was a cross-sectional study consisted of 48 elderly patients aged ≥ 60 years, of both sexes, recruited from the Department of Ophthalmology, from Hospital de Base and Hospital Regional de Taguatinga (Regional Hospital from Taguatinga) in Distrito Federal, Brazil. The instruments used were a questionnaire related to sociodemographic and health conditions, the Katz Index (KI) to assess basic activities of daily living routine (DLR) and Short Physical Performance Battery (*SPPB*) for physical performance. **Results:** With regard to demographic data, most women were (62.5%), (50%) among 60-69 years, 52.1% were married or lived with partners and 35.4% had studied up to the elementary school. As regards health conditions, 50% were physically active, 43.7% were obese, 85.4% were between two and three drugs and 41.7% self reported the two diseases. The results revealed that 54.2% of the elderly had independent KI and 68.7% obtained a good performance in *SPPB*. When analyzing sex, women were dependent to a single function and exhibited low physical performance. The older subjects classified with low physical performance and were more dependent in ADL's that younger participants. **Conclusion:** The results show that older people with cataracts investigated in this study were independent for activities of daily living and possessed good physical performance.

Keywords: Cataracts, Elderly, Mobility, Physical Performance, Activities of Daily Living.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MÉTODOS	14
2.1. Tipo de Estudo	14
2.2. Local da Coleta	14
2.3. Amostra.....	14
2.4. Instrumentos de Avaliação.....	15
2.5. Análise Estatística.....	17
2.6. Aspecto Ético da Pesquisa	17
3. RESULTADOS	18
4. DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE)	34
ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental - (MEEM).....	36
ANEXO B – Short Physical Performance Battery - (<i>SPPB</i>).....	38
ANEXO C – Índice de Katz - (IK).....	40
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	42

1. INTRODUÇÃO

A partir do início da década de 60, houve um declínio nas taxas de fecundidade, o que justifica o envelhecimento de forma progressiva da população brasileira¹. Atualmente, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apontam que, em 2009, a expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou para os 73 anos, e em relação ao sexo, as mulheres vivem mais, com 76 anos, comparado aos homens, que vivem com 65².

Países desenvolvidos e em desenvolvimento, testemunham um gasto oneroso com o aumento da longevidade associado à alta prevalência de doenças crônico-degenerativas. Esse fator implica em complicações e sequelas importantes para o desenvolvimento da autonomia e independência do idoso, com conseqüente redução da capacidade funcional³. Isso porque com o envelhecimento, o idoso está sujeito às diversas alterações fisiológicas, incluindo as perdas sensoriais, em especial, o sistema visual⁴. Dentre as doenças oftalmológicas, a catarata é a mais prevalente nos idosos, e é considerada a principal causa tratável de cegueira, sendo responsável pela opacidade no cristalino, impedindo a penetração dos raios luminosos, resultando na perda parcial ou total da visão⁵.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, existem no mundo 45 milhões de cegos, desses 40% são em virtude da catarata⁶. O déficit visual compromete a realização da tarefa e a participação do idoso, principalmente na execução das atividades cotidianas e a restrição da participação social⁷. Sendo um impacto negativo na qualidade de vida, tornando esse idoso dependente do auxílio da família, dos amigos, bem como, dos serviços de saúde pública^{8,9}.

A catarata pode ser contraída de forma congênita ou adquirida. Há alguns fatores que podem provocar ou acelerar o surgimento da catarata, incluindo trauma, doenças metabólicas, uso de medicamentos e a idade¹⁰. A catarata senil é a mais relevante, pois 50% dos idosos na faixa etária de 65 a 74 anos apresentam catarata, essa incidência aumenta para 75% em idosos com mais de 75 anos¹¹. Os sintomas da catarata incluem visão desfocada, ofuscamento na presença de luz, sensação de visão “nublada ou enevoadá”, dificuldade em distinguir as cores, sensibilidade à luz, prejuízo da visão noturna, além de serem observadas imagens duplas¹².

Idosos com perda do sistema visual parecem ter um controle postural mais reduzido, isso porque a visão é um meio de informação referente ao ambiente, bem como um guia de direção para o movimento do corpo humano. A realização adequada das atividades de vida diária, tais como: alimentação, vestuário, transferência, banho, continência urinária e fecal e higiene íntima dependem da manutenção de um bom equilíbrio e de um controle postural eficiente¹³.

Idosos com comprometimento visual tendem à diminuição da funcionalidade, uma vez que se exercitam menos, com consequente perda de força muscular, mobilidade e equilíbrio¹⁴. Estes fatores dificultam a execução de atividades diárias (principalmente instrumentais) e da mobilidade do andar em ambiente externo com segurança propiciando, assim, a ocorrência de quedas¹⁵. Em consequência, muitos destes idosos desenvolvem incapacidades, perdem autonomia, qualidade de vida, se isolam socialmente e apresentam maior risco de se tornarem depressivos¹⁶.

Entender por que isso acontece nessa população é importante para que se possam definir estratégias de intervenção eficazes na manutenção da função e da qualidade de vida desses idosos. A relação das atividades básicas de vida diária e do desempenho físico em detrimento do comprometimento visual é pouco conhecida, assim, a investigação da relação entre a visão e os aspectos clínico-funcionais é necessária para a compreensão das dificuldades inerentes ao déficit visual associado ao processo do envelhecimento.

O objetivo deste estudo foi realizar a análise descritiva dos dados sociodemográficos e de saúde geral, do desempenho físico e da capacidade de execução das atividades básicas de vida diária de idosos com diagnóstico de catarata.

2. MÉTODOS

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado: *Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de queda e nos aspectos multidimensionais da saúde: estudo longitudinal de idosos no Distrito Federal*, o qual contou com a participação de sete examinadores, sendo duas alunas de mestrado e quatro alunas de iniciação científica, todas previamente treinadas com os instrumentos para a realização da avaliação e sob orientação de uma pesquisadora docente da Universidade de Brasília.

2.2. Local da Coleta

O estudo teve como campo de pesquisa o Laboratório Análise de Movimento da Universidade de Brasília *campus* Ceilândia. Toda a coleta foi realizada individualmente com o idoso, em um único encontro, com o tempo aproximado de 40 minutos. Sendo antecedido o agendamento da avaliação com o idoso via telefone e sua confirmação ao comparecimento.

2.3. Amostra

Trata-se de uma amostra de conveniência, composta por 48 idosos com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, com catarata. Todos os participantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e receberam informações sobre a pesquisa e os benefícios de sua realização. Os idosos,

agendados e em lista de espera para a realização da cirurgia, foram recrutados por meio do Departamento de Oftalmologia do Hospital de Base (HB) e do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) do Distrito Federal.

Os seguintes critérios de inclusão foram obedecidos: ter 60 anos ou mais, ser comunitários e capazes de deambular mesmo que com dispositivo de auxílio. Além destes critérios, os idosos incluídos neste estudo deveriam apresentar diagnóstico clínico de catarata relacionada à idade de qualquer tipo nos dois olhos, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Agravos (CID – 10), e que necessitasse ser corrigida cirurgicamente. Foram excluídos do estudo idosos com diagnóstico clínico de qualquer tipo de Demência, Doença de Parkinson, Acidente Vascular Encefálico e déficit cognitivo grave sugestivo de Demência, sendo avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental com pontuação inferior a 17 pontos.

2.4. Instrumentos de Avaliação

Inicialmente, aplicou-se o Mini Exame do Estado Mental (**ANEXO A**) elaborado por Folstein et al.¹⁷, para excluir idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência (ponto de corte de 17 pontos), segundo estudo de Silva et al.¹⁸. O teste é composto por 30 questões agrupadas em sete categorias (orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, evocação das três palavras registradas, linguagem e praxia visuo-construtiva), para cada questão pontua-se 0 (erro) ou 1 (acerto) e o escore total pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, sendo que quanto maior o escore melhor as funções cognitivas do indivíduo¹⁷.

Em seguida, foi feita uma entrevista semi-estruturada para caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos e de saúde geral. Por fim, foram avaliados desempenho físico e atividades básicas de vida diária (ABVD) por meio de instrumentos padronizados, versão brasileira da *Short Physical Performance Battery* (SPPB) e Índice de Katz (IK), respectivamente.

A SPPB (**ANEXO B**) é composta por três testes, o primeiro que avalia o equilíbrio estático, cronometrado durante dez segundos, em três posições (pés juntos, semi-tandem e tandem), o segundo, mensura a velocidade da marcha habitual em três metros e, o terceiro teste que avalia a força funcional de membros inferiores (tempo gasto para levantar e sentar da cadeira cinco vezes). A pontuação de cada teste varia numa escala de zero (pior desempenho) a quatro pontos (melhor desempenho), possui um escore máximo de 12 pontos que podem ser estratificados em: 0-3 (incapacidade ou desempenho ruim), 4-6 pontos (baixo desempenho), 7-9 pontos (moderado desempenho) e 10-12 (bom desempenho)¹⁹.

O IK (**ANEXO C**) é uma medida indireta através de um questionário que avalia a capacidade funcional do idoso em seis atividades básicas de vida diária, sendo verificada a independência em sua execução pelo idoso. A independência significa que a função é realizada sem auxílio direto, orientação ou supervisão de outra pessoa, sendo essa avaliação baseada no relato do sujeito. Cada item possui uma pontuação, sendo dependente (1 ponto) ou independente (0 ponto), para as seis atividades de autocuidado: tomar banho, vestir, usar o vaso sanitário, transferência, continência (capacidade de controle

total da micção e da defecação) e alimentação, assim, os escores vão de 0 a 6 e quanto mais alto o escore pior o desempenho. No Brasil, é amplamente usado e sua adaptação transcultural foi conduzida por Lino et al.²⁰.

Os instrumentos *SPPB* e *IK* foram escolhidos nesse estudo por serem adequados e validados para avaliar a capacidade funcional do idoso, no qual a primeira mensura de forma direta e o segundo de forma indireta. Além disso, são de fácil aplicabilidade, rápidos, práticos, baixo custo e de uso comum na prática clínica^{19, 20}.

2.5. Análise Estatística

Os dados sociodemográficos, condições de saúde geral, mobilidade e ABVD foram analisados de forma descritiva por meio de medidas de frequência, média e desvio padrão. Para tanto, utilizou-se o programa de testes estatísticos STATA/SE[®] versão 8.0.

2.6. Aspecto Ético da Pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF (Parecer nº 0153/2011 de 18 de maio de 2011) - (**ANEXO D**), todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (**APÊNDICE A**), conforme as Resoluções 196/96 preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo avaliados de forma direta no período entre dezembro de 2011 a maio de 2012.

3. RESULTADOS

Quanto aos dados sociodemográficos referentes à amostra total (n=48), constatou-se maior prevalência do sexo feminino (62,5%), com idade média de 69,6 (\pm 5,6) anos. Prevaleceu a faixa etária entre 60-69 anos (50%), seguida por 70-79 anos (43,7%) e 80 anos ou mais (6,3%). No que se refere ao estado civil, observou-se que 52,1% eram casados ou viviam com o companheiro, 27,1% eram viúvos, 14,6% eram solteiros e uma menor parcela eram divorciados ou separados (6,3%) (Tabela 1).

Destaca-se a baixa escolaridade, em que 35,4% dos idosos estudaram até o primário e 25% até o ginásio, atual nível fundamental (1^a ao 9^a ano). Além disso, 25% dos idosos nunca foram à escola, e apenas 8,3% chegaram até o ensino científico, atual nível médio (1^o ao 3^o ano), e nenhum dos idosos chegou ao nível superior (Tabela 1).

Os dados clínicos relacionados às condições de saúde dos idosos investigados mostram que 50% realizavam periodicamente (três vezes por semana) exercício físico (ginástica em Centros de Saúde), no entanto, 43,7% apresentaram obesidade (IMC>27 kg/m²). Além disso, 85,4% usavam entre dois e três medicamentos diariamente e 41,7% autorrelatavam entre uma a duas doenças, enquanto, apenas 8,3% não apresentaram nenhuma doença (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos com catarata investigados de acordo com os dados sócio-demográficos e condições de saúde. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

Variáveis	(n)	(%)
Dados sociodemográficos		
Sexo		
▪ Feminino	30	62,5
▪ Masculino	18	37,5
Faixa etária		
▪ 60-69 anos	24	50,0
▪ 70-79 anos	21	43,7
▪ ≥ 80 anos	03	6,3
Estado civil		
▪ Casado (a) ou vive com o companheiro	25	52,1
▪ Solteiro (a)	07	14,6
▪ Divorciado (a) / separado (a)	03	6,3
▪ Viúvo (a)	13	27,1
Escolaridade		
▪ Nunca foi à escola	12	25
▪ Alfabetização para adultos	03	6,2
▪ Primário - 1ª a 4ª série	17	35,4
▪ Ginásio - 5ª a 8ª série	12	25
▪ Científico - 1º ao 3º ano	04	8,3
▪ Superior	0	0,0
Condições de saúde		
Atividade física		
▪ Sim	24	50,0
▪ Não	24	50,0
Quantidade de medicamento em uso		
▪ 0 a 1 medicamento	05	10,4
▪ 2 a 3 medicamentos	41	85,4
▪ 4 ou mais medicamentos	02	4,2
Índice de massa corporal		
▪ <23 kg/m ² - Desnutrição	04	8,3
▪ 23-27 kg/m ² - Eutrofia	23	47,9
▪ >27 kg/m ² - Obesidade	21	43,7
Número de doenças auto-referidas		
▪ Nenhuma	04	8,3
▪ 1 a 2 doenças	20	41,7
▪ 3 a 4 doenças	18	37,5
▪ 5 ou mais doenças	06	12,5
Total	48	100

Com relação à realização das ABVD's pelo IK, verifica-se que 54,2% dos idosos com catarata foram independentes para as seis funções de autocuidado (Tabela 2). Quando relacionado ao sexo, homens (72,2%) apresentaram maior prevalência de independência funcional se comparados às mulheres (43,3%), dentre as quais 53,3% relataram dependência para uma única função, a continência urinária (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos com catarata investigada de acordo com a dependência para as atividades de vida diária. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

Atividades Básicas de Vida Diárias - (KATZ)	(n)	(%)
▪ Independente para 6 funções	26	54,2
▪ Dependente para 1 função	21	43,7
▪ Dependente para 2 funções	01	2,1
▪ Dependente para 3 ou mais funções	0	0,0
Total	48	100

Tabela 03 - Distribuição dos idosos com catarata investigada de acordo com a dependência para as atividades de vida diária e segundo o sexo. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

Katz segundo sexo	Feminino		Masculino		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Independente para 6 funções	13	43,3	13	72,2	26	54,2
Dependente para 1 função	16	53,3	05	27,7	21	43,7
Dependente para 2 funções	1	3,3	0	0,0	01	2,0
Dependente para 3 ou mais funções	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	30	100	18	100	48	100

Quanto aos resultados do desempenho físico pela *SPPB*, 68,7% e 27,1% dos idosos com catarata alcançaram desempenho bom e moderado, respectivamente, e apenas 4,2% dos idosos obtiveram baixo desempenho na execução da *SPPB* e nenhum idoso pontuou na classificação de desempenho ruim ou incapacidade (Tabela 4). Para a mesma variável, os homens (88,8%) exibiram melhor desempenho se comparado às mulheres (56,5%) (Tabela 05). Para a amostra total, observa-se que a média da *SPPB* foi de 10 (\pm 1,66), sendo registrado seis a menor pontuação e doze a máxima.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos com catarata investigada de acordo com a mobilidade funcional. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

Classificação da <i>SPPB</i>	(n)	(%)
▪ 0-3 pontos - Desempenho ruim ou incapacidade	0	0,0
▪ 4-6 pontos - Baixo desempenho	2	4,2
▪ 7-9 pontos - Desempenho moderado	13	27,1
▪ 10-12 pontos - Bom desempenho	33	68,7
Total	48	100

Tabela 5 - Distribuição dos idosos com catarata investigada de acordo com a mobilidade funcional e segundo o sexo. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

<i>SPPB</i> segundo sexo	Feminino		Masculino		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
▪ 0-3 pontos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
▪ 4-6 pontos	02	6,6	0	0,0	02	4,1
▪ 7-9 pontos	11	36,6	02	11,1	13	27,0
▪ 10-12 pontos	17	56,6	16	88,8	33	68,7
Total	30	100	18	100	48	100

Na análise da estratificação da faixa etária sobre a funcionalidade, verifica-se que todas as faixas etárias obtiveram percentual acima dos 50% quanto a independência para as 6 funções de autocuidado. Ao observar o curto período entre as faixas etárias, não há uma progressão da dependência em função da idade, mas ao ampliar o período, 82,4% dos idosos com 60 aos 69 anos são dependentes para 1 função, e acima dos 70 anos esse dado aumenta para 91% (Tabela 6). No que se refere ao desempenho físico, 17,7% dos idosos com catarata a partir dos 70 anos classificaram com baixo desempenho, e não houve registro dessa categoria na faixa etária dos 60 anos (Tabela 7).

Tabela 6 - Distribuição dos idosos com catarata investigada de acordo com a dependência para as atividades de vida diária e segundo a faixa etária. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

Katz Faixa Etária	60-64		65-69		70-74		≥ 75		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Independente (6 funções)	07	53,8	06	54,5	08	53,3	05	55,5	26	54,1
Dependente (1 função)	06	46,1	04	36,3	07	46,6	04	44,4	21	43,7
Dependente (2 funções)	0	0,0	01	9,0	0	0,0	0	0,0	01	2,0
Dependente (3 ou mais)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	13	100	11	100	15	100	09	100	48	100

Tabela 7 - Distribuição dos idosos com catarata investigada de acordo com a mobilidade funcional e segundo a faixa etária. Ceilândia, Distrito Federal, 2012.

SPPB Faixa Etária	60-64		65-69		70-74		≥ 75		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
0-3 pontos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4-6 pontos	0	0,0	0	0,0	01	6,6	01	11,1	02	4,1
7-9 pontos	03	23,0	04	36,3	04	26,6	02	22,2	13	27,0
10-12 pontos	10	76,9	07	63,6	10	66,6	06	66,6	33	68,7
Total	13	100	11	100	15	100	09	100	48	100

4. DISCUSSÃO

No que tange às características demográficas do perfil de idosos com catarata, observou-se neste estudo um maior percentual de mulheres. Tal achado corrobora com outros estudos ^{21,22}, os quais explicam que as mulheres, geralmente, vivem mais que os homens, uma vez que estas se preocupam mais com a saúde e procuram por atendimento médico precoce e frequente ao longo da vida, fato que pode ser um dos fatores para justificar a maior longevidade feminina.

O distanciamento do sexo masculino referente aos cuidados com a saúde principalmente aos aspectos preventivos está intimamente vinculado ao contexto educacional, social e cultural, assim, homens procuram por ajuda médica quando estão mediante as situações críticas e debilitantes²³. Pensando nisso, o Ministério da Saúde promoveu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, considerando que a população masculina apresenta altos índices de morbidade e de mortalidade que representam um problema de saúde pública²⁴.

Quanto ao estado civil, estudos^{21,22} demonstraram maior prevalência (44,6% e 53,1%, respectivamente) de idosos que vivem sem o cônjuge, o que diverge do achado do presente estudo, em que 52,1% dos idosos são casados ou vivem com o companheiro. Este fato é positivo, visto que possuir um apoio familiar, configura para o idoso o cuidado e a sensação de bem-estar e, a falta dele, pode restringir sua participação social, o convívio, as relações interpessoais e a troca de experiência, contribuindo assim para o isolamento social do idoso²⁵.

No que diz respeito à baixa escolaridade, 60,4% dos idosos investigados possuíam até o ensino fundamental e 25% nunca foram à escola, achado semelhante a de outras pesquisas^{21,26}. O censo demográfico brasileiro de 2010 também confirma este dado, pois demonstrou que das 13.933.173 pessoas analfabetas, 39,2% são idosos²⁷. Cabe frisar que a baixa escolaridade constitui uma condição desfavorável para a população idosa, que depende do nível instrucional para ter acesso aos serviços de saúde, compreensão da informação sobre a doença e entendimento sobre o tratamento e a importância do autocuidado²⁸.

No que se refere ao Índice de Massa Corporal (IMC), utilizou-se a classificação do IMC própria para avaliar o estado nutricional do idoso, considerando a sua singularidade, proposta por Lipschitz em 3 categorias: < 23 desnutrição; 23-27 eutrofia e >27 obesidade²⁹. Predominaram idosos com peso normal (eutrofia), os quais representaram 47,9%. No entanto, 43,7% eram obesos e apenas 8,3% desnutridos. É possível que os resultados para eutrofia e obesidade tenham sido praticamente uniformes, em decorrência da atividade física, em que 50% da amostra praticavam atividade física e os outros 50% eram sedentários. Verifica-se dado semelhante com um estudo realizado no município de João Pessoa para avaliar o estado nutricional de 117 idosos comunitários, o qual demonstrou que 46,2% deles tinham sobrepeso e 40,2% obesidade, sendo que 56,4% reportaram não praticar atividade física³⁰. Ressalta-se que tanto o sobrepeso quanto a obesidade constituem fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial e diabetes tipo 2³¹.

No presente estudo, a polifarmácia foi identificada em 4,2%, sendo uma pequena parcela, no entanto, 85,4% usavam entre dois a três medicamentos diariamente. A polifarmácia é notável e comum no idoso, já que o envelhecimento está associado à alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis²¹. O estudo de Teixeira & Lefrèvre³², estimam que no Brasil, 23% da população consomem 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente as pessoas acima de 60 anos. Um estudo transversal na cidade de São Paulo sobre o uso de cinco ou mais medicamentos em 1.115 idosos, constatou-se prevalência de polifarmácia em 36% da amostra, sendo que medicamentos de ação cardiovascular, sistema digestivo e metabolismo foram os mais utilizados³³. Este estudo³³ ainda explica que, no idoso, as reações farmacocinéticas e farmacodinâmicas são alteradas pelo envelhecimento dos sistemas e órgãos, tornando-o mais vulnerável a efeitos adversos e interações medicamentosas. Logo, é fundamental o olhar atento dos diferentes profissionais de saúde sobre as especificidades do idoso, assim como a avaliação do médico geriatra para que se evite e/ou corrija esta iatrogenia.

Um estudo realizado no município de Ijuí no Rio Grande do Sul, a fim de identificar os medicamentos utilizados em 16 idosos no Programa de Atenção ao Idoso, identificou maior prevalência de medicamentos para o sistema nervoso (29,1%). Esse estudo alerta o uso de psicotrópicos associado a ansiolítico, uma vez que sua combinação potencializa o efeito sedativo, o que pode levar a hipotensão postural, redução do tempo de reação, sedação excessiva, prejuízo do equilíbrio, situação que favorece maior risco de quedas e fraturas³⁴.

Quanto à pontuação no Índice de Katz, verificou-se que, dentre os 48 idosos com catarata, 26 foram considerados independentes para a execução das ABVD's, o que corresponde a 54,2% dos idosos avaliados. Estes dados corroboram com achados de um estudo realizado em 2009, na cidade de Juíz de fora em Minas Gerais que analisou a funcionalidade de 30 idosos comunitários, sendo que dos 86,7% de idosos que apresentaram alteração visual, 76,7% exibiram independência funcional no IK³⁵.

Já em relação à pontuação total da *SPPB*, dos 48 idosos com catarata, 46 classificaram entre moderado a bom desempenho, o que representa 95,8% da amostra. Na sequência, 2 idosos obtiveram baixo desempenho e nenhum idoso pontuou em desempenho ruim ou incapacidade. Em relação aos bons resultados da funcionalidade, tanto para ABVD quanto para o desempenho físico, vale considerar a possível associação com a elevada prevalência (50%) de idosos fisicamente ativos.

Fiedler & Peres (2008) ressaltaram a influência da atividade física na capacidade funcional, no qual a prática de exercício regular promove a manutenção da aptidão física em idosos, minimizando e possivelmente revertendo à perda de massa muscular, colaborando para preservar a autonomia funcional³⁶. Outro fator a poderar é o baixo número de idosos acima dos 80 anos, apenas 03 sujeitos, o qual foi inferior em relação aos grupos de faixas etárias com 60 (n=24) e 70 anos (n=21).

Ao analisar os achados do IK e da *SPPB* estratificando a amostra segundo o sexo, observou-se que, em ambas as medidas, os homens apresentaram melhores resultados em relação às mulheres.

No IK, identificou-se que 53,3% das idosas e 27,7% dos idosos eram dependentes para uma única função, em que prevaleceu a incontinência urinária. Dado que corrobora com o estudo de Viegas et al.³⁷, os quais avaliaram a capacidade funcional de 509 idosos comunitários em Porto Alegre pelo *Index de Barthel*, em que 24% dos idosos exibiram incontinência urinária, sendo 29,4% mulheres e 10,3% homens. A incontinência possui uma relação direta nas atividades diárias, uma vez que o idoso modifica seu comportamento e hábitos, a fim de prevenir situações de constrangimento, essas atitudes incluem: aumentam a frequência de ida ao banheiro, optam por dietas restritivas e evitam realizar atividades físicas e sociais³⁷.

Na *SPPB*, 6,67% das idosas classificaram com baixo desempenho, ao passo que nenhum homem pontuou para essa categoria. Sposito et al. encontraram dado semelhante em seu estudo, os quais analisaram a funcionalidade de 125 idosos através da Medida de Independência Funcional (MIF) para mensurar as atividades cotidianas e a *SPPB* para o desempenho físico, os resultados revelaram que mulheres tiveram menor independência funcional e pior desempenho físico comparado aos homens³⁸.

Ao considerar a faixa etária em relação ao IK e a *SPPB*, verificou-se que o avanço da idade repercutiu na independência funcional e no desempenho físico. Nesse estudo, 91% dos idosos com catarata foram dependentes para uma única função e 17,7% deles classificaram com baixo desempenho físico, ambos a partir dos 70 anos, já os idosos mais jovens (60-69 anos), 82,4% foram dependentes para uma única função e nenhum idoso nessa faixa etária obteve baixo desempenho. Dado que corrobora com os

achados de Luiz et al.³⁹, os quais investigaram 96 idosos comunitários, a fim de identificar a funcionalidade nas atividades cotidianas pelo *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ) e o desempenho físico pelo *Timed Up & Go Test* (TUG) relacionados ao déficit visual. Seus resultados apontaram que os idosos com baixa visão apresentaram idade mais avançada ($p < 0,001$), pior equilíbrio no *Time Up Go* ($p = 0,003$) e maior número de atividades instrumentais de vida diária comprometidas ($p = 0,009$) com diferença estatisticamente significativa. Concluindo que os idosos com baixa acuidade visual exibiram maior comprometimento funcional.

Como possíveis limitações desse estudo é importante considerar que apesar de ter relacionado os resultados com achados de outros estudos, não encontrou-se artigos que tenham utilizado o mesmo protocolo para avaliar a funcionalidade de idosos comunitários com catarata, além de ser um estudo transversal e ter baixa validade externa. Além disso, ainda não há na literatura um instrumento padronizado e único para mensurar a capacidade funcional em idosos⁴⁰. Assim, se faz necessário o desenvolvimento de instrumentos padronizados que facilitem a comparação entre os estudos, que permitam a extrapolação dos dados e intervenções mais efetivas para a população idosa, visando prevenir e/ou reverter o processo de incapacidade funcional.

Por outro lado, os instrumentos utilizados são ferramentas validadas e de baixo custo que podem ser utilizadas para o rastreio da condição funcional na realização das atividades de vida diária e do desempenho físico em idosos nas unidades básicas de saúde.

5. CONCLUSÃO

Os dados gerais permitem visualizar o perfil físico-funcional de idosos com diagnóstico de catarata e apontam que é possível manter boa capacidade funcional e bom desempenho físico. Vale ressaltar que a incapacidade funcional é uma condição multifatorial, e os idosos investigados eram jovens e ativos, o que pode ter influenciado os resultados positivamente.

O presente estudo chama a atenção para a necessidade da avaliação funcional do idoso, bem como do diagnóstico precoce da catarata e correção cirúrgica da mesma, a fim de favorecer a manutenção da funcionalidade e autonomia para essa fase da vida.

Conhecer a capacidade funcional e os fatores de risco a ela associados nos idosos é fundamental para manter a qualidade de vida nessa população. Para isso, os profissionais de saúde devem preconizar por medidas preventivas através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, a fim de minimizar o declínio funcional, bem como, oferecer programas específicos que promovam independência, participação, dignidade, e assistência ao idoso.

Sugere-se a realização de estudos com delineamento longitudinal, em idosos octogenários, com amostras mais homogêneas e representativas que possam, assim, estabelecer relação de causa e efeito entre catarata e perda funcional.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública.*, 1997; 31(2):184-200. [Acesso em 2012 dez 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>.
2. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad. Saúde Pública.*, 2012;28(2):208-209. [Acesso em 2012 dez 08]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n2/01.pdf>.
3. Bonardi G, Sousa VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica.*, 2007;17(3):138-144. [Acesso em 2013 jan 26]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/66.pdf.
4. Patten C, Craik RL. Alterações sensoriomotoras e adaptação no idoso. In: Guccione AA, editor. *Fisioterapia geriátrica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 73-102.
5. Carlos GA, et al. Cataract prevalence in Central-West region of São Paulo. Brazil. *Arq Bras Oftalmol.*, 2009;72(3):375-379. [Acesso em 2012 jan 24]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v72n3/v72n3a18.pdf>.
6. Centurion V, et al. Projeto Diretrizes – Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Conselho Brasileiro de Oftalmologia., 2003. [Acesso em 2012 jul 27]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/031.pdf.
7. Lamoureux EL, Hassell JB, Keeffe JE. The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *Am J Ophthalmol.*, 2004; 137(2):265-70. [Acesso em 2012 dez 08]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14962415>.
8. Luiz LC, et al. Association between visual deficit and clinical functional characteristics among community dwelling older adults. *Rev. Bras Fisioter.*, 2009;13(5):444-50. [Acesso em 2013 jan 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/en_aop048_09.pdf.
9. Medina NH, Muñoz EH. Atenção à saúde ocular da pessoa idosa. *Atualização Epidemiológica – Bepa.*, 2011;8(85):23-28. [Acesso em 2013 jan 29]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/txt/bepa85_ocular.htm.
10. Souza NV, Rodrigues MLV. Opacificações dos meios oculares. Catarata. *Simpósio: Oftalmologia para o clínico. Medicina, Ribeirão Preto*, 1997; 30(1):66-68. [Acesso em 2013 jan 27]. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rmrp/article/view/814/826>.

11. Kanski JJ. *Oftalmologia clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. [Acesso em 2013 jan 30]. Disponível em: http://www.ligadeoftalmo.ufc.br/arquivos/ed_catarata_adquirida.pdf.
12. Guedes RAP. As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária à Saúde – APS. *Revista APS.*, 2007; 10(1):66-73. [Acesso em 2013 jan 29]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Socular.pdf>.
13. Macedo BGm, et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e equilíbrio nos idosos: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia.*, 2008;11(3):419-432. [Acesso em 2013 jan 29]. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo9.pdf.
14. Luiz LC, et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter.*, 2009;13(5): 444-50. [Acesso em 2013 jan 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/en_aop048_09.pdf.
15. Owsley C, Mcgwin G. Association between visual attention and mobility in older adults. *JAGS.*, 2004;52(11):1901-1906. [Acesso em 2013 jan 27]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507069>.
16. Bekibele CO, Gureje O. Self-reported visual impairment and impact on vision-related activities in an elderly Nigerian population: report from the Ibadan Study of Ageing. *Ophthalmic Epidemiol.*, 2008;15(4):250 – 256. [Acesso em 2013 jan 28]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780258>.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*, 1975;12(3):189-98. [Acesso em 2013 jan 30]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>.
18. Silva SLA, Silva VG, Máximo LS, Dias JMD, Dias RC. Comparação entre diferentes pontos de corte na classificação do perfil de fragilidade de idosos comunitários. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia.*, 2011;5(3):130-135.
19. Nakano MM. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – SPPB: adaptação cultural e estudo de confiabilidade. [tese] São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2007. [Acesso em 2013 jan 29]. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000412296>.
20. Lino VTS, et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública.*, 2008; 24(1):103-112. [Acesso em 2013 jan 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>.

- 21.** Silva HO, et al. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia.*, 2011;14(1):123-133. [Acesso em 2013 jun 08]. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a13.pdf>.
- 22.** Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública.*, 2007;41(5):757-68. [Acesso em 2013 jun 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5764.pdf>.
- 23.** Costa FMJ, Maia ACB. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.*, 2009; 25(1):055-063. [Acesso em 2013 jun 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>.
- 24.** Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2009. [Acesso em 2013 jun 09]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integra.pdf.
- 25.** Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2011;14(2):353-363. [Acesso em 2013 jun 09]. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a15.pdf>.
- 26.** Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm.*, 2012;21(1):112-20. [Acesso em 2013 jun 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>.
- 27.** IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [Acesso em 4 jan 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf.
- 28.** Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciência & Saúde Coletiva.*, 2013;18(3):753-761. [Acesso em 2013 jun 09]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/21.pdf>.
- 29.** Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.*, 1994; 21(1):55-67. [Acesso em 2013 jun 15] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197257>.
- 30.** Cavalcanti CL, et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. saúde pública.*, 2009;11(6):865-877. [Acesso em 2013 jun 12]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n6/v11n6a03.pdf>.

- 31.** Fragella VS, et al. Composição corporal de idosos segundo a antropometria. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2009;12(2):201-213. [Acesso em 2013 jun 14]. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_4.pdf.
- 32.** Teixeira JJV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev. Saúde. Pública.*, 2001;35(2):207-213. [Acesso em 2013 jun 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4407.pdf>.
- 33.** Carvalho MFC, et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo – Estudo SABE. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2012;15(4): 817-27. [Acesso em 2013 jun 15]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n4/13.pdf>.
- 34.** Bueno CS, et al. Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2012;15(1):51-61. [Acesso em 2013 Jun 17]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/06.pdf>.
- 35.** Silva SLA, et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioter Pesq.*, 2009;16(2):120-5. [Acesso em 2013 Jun 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n2/05.pdf>.
- 36.** Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.*, 2008;24(2):409-415. [Acesso em 2013 jun 12]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n2/19.pdf>.
- 37.** Viegas K, et al. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. *Revista Ciência & Saúde.*, 2009;2(2):50-57. [Acesso em 2013 jun 16]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/6388/5369>
- 38.** Sposito G, et al. Relações entre bem-estar subjetivo e mobilidade e independência funcional por função de grupo de faixas etárias e de gênero em idosos. *Acta Fisiatr.*, 2010;17(3):103-108. [Acesso em 2013 jun 14]. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=44.
- 39.** Luiz LC, et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter.*, 2009;13(5):444-50. [Acesso em 2013 jun 16] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/en_aop048_09.pdf.
- 40.** Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 2008;13(4):1199-1207. [Acesso em 2013 jun 17]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: O impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais da saúde de idosos.

O nosso objetivo é descobrir se a cirurgia de catarata irá ajudar o senhor (a) a fazer suas atividades do dia-a-dia com mais facilidade, como andar, levantar-se e sentar-se de uma cadeira. Queremos também saber se esta cirurgia irá melhorar seu equilíbrio quando estiver parado (a) ou andando, se o senhor (a) irá deixar de cair ou, pelo menos, cair menos depois da correção da sua catarata.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e asseguramos ao senhor (a) que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação será através de uma entrevista e avaliação no setor de Oftalmologia do Hospital de Base e no laboratório da UNB-Campos Ceilândia na data combinada com um tempo estimado. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a entrevista e avaliação. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de Oftalmologia do Hospital de Base, na Instituição Universidade de Brasília e na regional de Sobradinho, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Larissa de Lima Borges, na instituição GAPESF/HRS da Secretaria de Saúde telefones: 3487-9241, Terça (7-12hs) e Quinta (13-18hs); ou no NUFIRF/HRS – 3591.4044: 2ª (7-18hs), 3ª (13-18hs), 4ª (7-18 hs) e 5ª (7-12hs).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental - (MEEM)

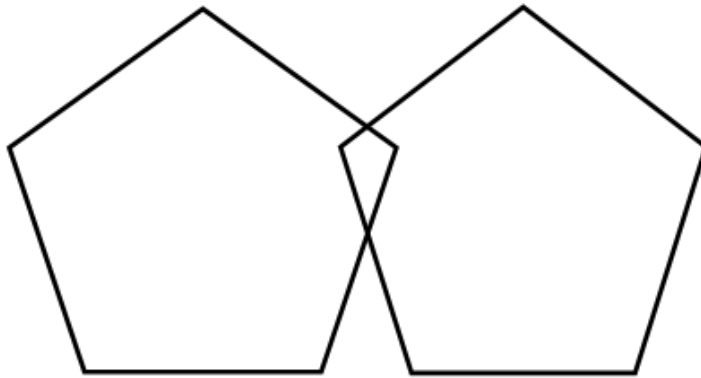
ORIENTAÇÃO NO TEMPO	Certo	Errado
1. Que dia do mês é hoje?		
2. Em que mês estamos?		
3. Em que ano estamos?		
4. Em que dia da semana estamos?		
5. Que horas são agora aproximadamente? (correto =variação de + ou - uma hora)		
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão, andar)		
7. Que local é este aqui? (num sentido mais amplo para a casa, prédio)		
8. Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)		
9. Em que cidade nós estamos?		
10. Em que estado nós estamos?		
<p>REGISTRO: Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr.(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], TIJOLO [pausa]. Agora repita as palavras pra mim [permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira]</p>		
11. CARRO		
12. VASO		
13. TIJOLO		
ATENÇÃO E CÁLCULO: Agora eu gostaria que o (a) Sr.(a) me dissesse quanto é:		
14. 100 – 7	{93}	
15. 93 – 7	{86}	
16. 86 – 7	{79}	
17. 79 – 7	{72}	
18. 72 – 7	{65}	
<p>MEMÓRIA DE EVOCÇÃO: O (a) senhora (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Correto = única tentativa sem dicas; repetição das 3 palavras em qualquer ordem).</p>		
19. CARRO		
20. VASO		
21. TIJOLO		
LINGUAGEM: Aponte a caneta e o relógio e pergunte: o que é isto?		
	22. CANETA	
	23. RELÓGIO	
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (Correto = repetição perfeita, sem dicas.)		
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão.		
25. PEGAR COM A MÃO DIREITA		
26. DOBRAR AO MEIO		
27. JOGAR NO CHÃO		
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).		
29. Gostaria que o (a) senhor (a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude-o dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.		

30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor (a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos formando uma figura de 4 lados ou com 4 ângulos)

TOTAL	

FRASE:

DESENHO:



ANEXO B – Short Physical Performance Battery - (SPPB)



1.1). EQUILÍBRIO PÉS JUNTOS

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Manteve por 10 segundos | <input type="checkbox"/> 1 ponto |
| Não manteve por 10 segundos | <input type="checkbox"/> 0 ponto |
| Não tentou | <input type="checkbox"/> 0 ponto |

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1

Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ . ____ segundos.



1.2). EQUILÍBRIO SEMI-TANDEM

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Manteve por 10 segundos | <input type="checkbox"/> 1 ponto |
| Não manteve por 10 segundos | <input type="checkbox"/> 0 ponto |
| Não tentou | <input type="checkbox"/> 0 ponto |

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1

Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ . ____ segundos.



1.3). EQUILÍBRIO TANDEM

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Manteve por 10 segundos | <input type="checkbox"/> 2 ponto |
| Manteve por 3 a 9,99 segundos | <input type="checkbox"/> 1 ponto |
| Manteve por menos de 3 segundos | <input type="checkbox"/> 0 ponto |
| Não tentou | <input type="checkbox"/> 0 ponto |

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1

Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ . ____ segundos.

2). VELOCIDADE DE MARCHA HABITUAL EM 3 METROS



[Se somente uma caminhada foi realizada, marque esse tempo] ____ . ____ segundos

Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada: **0 ponto**

Pontuação para a caminhada de 3 metros:

- Se o tempo for maior que 6,52 segundos: 1 ponto
- Se o tempo for de 4,66 a 6,52 segundos: 2 pontos
- Se o tempo for de 3,62 a 4,65 segundos: 3 pontos
- Se o tempo for menor que 3,62 segundos: 4 pontos

3). FORÇA DE MEMBROS INFERIORES



RESULTADO DO TESTE LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES

- A. Levantou-se as cinco vezes com segurança: Sim Não
- B. Levantou-se as 5 vezes com êxito, registre o tempo: ____ . ____ . ____ seg.
- C. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

O participante não conseguiu levantar-se as 5 vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 seg: 0 ponto

- Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais: 1 ponto
- Se o tempo do teste for de 13,70 a 16,69 segundos: 2 pontos
- Se o tempo do teste for de 11,20 a 13,69 segundos: 3 pontos
- Se o tempo do teste for de 11,19 segundos ou menos: 4 pontos

Equilíbrio + Vel Marcha + Força

04 + 04 + 04 = 12

- () 0 a 3 pontos: incapacidade ou desempenho ruim
- () 4 a 6 pontos: baixo desempenho
- () 7 a 9 pontos: moderado desempenho
- () 10 a 12 pontos: bom desempenho


ANEXO C – Índice de Katz - (IK)

A palavra ‘ajuda’ significa: supervisão, orientação ou auxílio pessoal.


<p>(1). Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro). (I) Não recebe ajuda e sai da banheira sozinho, se este for modo habitual de tomar banho; (I) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como costas ou uma perna); (D) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho;</p>
<p>(2). Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas e manuseiam fechos, inclusive órteses e prótese, quando forem utilizadas). (I) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda; (I) Pega roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos; (D) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa;</p>
<p>(3). Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas). (I) Vai ao banheiro ou local equivalente, se limpa e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-se de manhã); (D) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite; (D) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas;</p>
<p>(4). Transferência (I) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador); (D) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda; (D) Não sai da cama;</p>
<p>(5). Continência (I) Controla inteiramente a micção e a evacuação; (D) Tem ‘acidentes’ ocasionais; (D) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente;</p>
<p>(6). Alimentação (I) Alimenta-se sem ajuda; (I) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão; (D) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intravenosos;</p>

- 0 – Independente para as 6 funções
- 1 – Independente para 5 funções e dependente para 1 função
- 2 - Independente para 4 funções e dependente para 2 funções
- 3 - Independente para 3 funções e dependente para 3 funções
- 4 - Independente para 2 funções e dependente para 4 funções
- 5 - Independente para 1 função e dependente para 5 funções
- 6 – Dependente para as 6 funções


ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



fepecs
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0153/2011

PROCOLO Nº DO PROJETO: 153/2011 – IMPACTO DA CIRURGIA DE CATARATA NA OCORRÊNCIA DE QUEDAS E NOS ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS DA SAÚDE: ESTUDO LONGITUDINAL DE IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

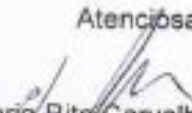
Validade do Parecer: 18/05/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 18 de maio de 2011.

Atenciosamente,



Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

ALICEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@seuife.df.gov.br
SAMW - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-007
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO E – Normas da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia



**ISSN 1809-
9823 versão impressa**
**ISSN 1981-
2256 versão online**

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Categorias de artigos
- Pesquisa envolvendo seres humanos
- Ensaio Clínico
- Autoria
- Avaliação de manuscritos (peer review)
- Conflito de interesses
- Preparo de manuscritos
- Envio do manuscrito

Escopo e Política

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Categorias de Artigos

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas,

tabelas e figuras. Máximo de referências: 35) Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada (máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio Clínicos

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

Avaliação de Manuscritos – Peer Review

Os manuscritos que atenderem à normalização

conforme as “Instruções aos Autores” serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada. O procedimento de avaliação por pares (peer review) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Conflito de Interesses

- Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.
- Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”.
- Os autores receberão prova do manuscrito em PDF, para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo dos Manuscritos – formato e partes

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas, e sua localização no texto deve ser indicada. Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. Preferencialmente, a quantidade máxima de tabelas deve ser cinco. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos

resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS

Artigo com um autor

Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas.
Textos
Envelhecimento 2005 jan-abr;8(1): 43-60.

Artigo com até três autores, citar todos
Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em
idosos no
município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. Cad Saúde Pública
2004 fev;
20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar “et al”
Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com
problemas
respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat
Am
Enfermagem 2005 fev;13(1):7-14.

2. LIVROS

Autor pessoa física
Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10
ed. São Paulo:
Hucitec; 2007.

Autor organizador Veras RP, Lourenço R, organizadores.
Formação humana em Geriatria e Gerontologia:
uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição
Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de
saúde.
Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB . Nutrição e saúde no processo de
envelhecimento. In:
Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em
transição. 1ª
ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

4. Anais de Congresso - Resumos

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. DISSERTAÇÃO E TESE

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

7. Material da Internet

Artigo de periódico
Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL:http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext &pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso.
Livro Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>

DOCUMENTOS

(a) Declaração de responsabilidade e Autorização de publicação

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

<p>DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS</p> <p>Título do manuscrito:</p> <p>1. Declaração de responsabilidade Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno pública minha responsabilidade por seu conteúdo. Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou enviado a outra revista, seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.</p> <p>2. Transferência de Direitos Autorais Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.</p> <p>3. Conflito de interesses Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo. Data, assinatura e endereço completo de todos os autores</p>
--

(b) Autorização para reprodução de tabelas e figuras

Havendo no manuscrito tabelas e/ou figuras extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar por escrito autorização para sua reprodução.

PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do(s) autor(es), em conformidade com a legislação de Direitos Autorais.

Envio do Manuscrito

Os manuscritos devem ser encaminhados a revista no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os autores. Enviar, ainda, arquivo eletrônico do manuscrito, em Word. O arquivo pode ser em CD (enviado juntamente com a cópia em papel) ou apenas por e-mail.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
UnATI/CRDE

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã 20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: crderbgg@uerj.br e revistabgg@gmail.com

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

**© 2010 Centrode Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da
Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado
do Rio de Janeiro - UERJ**


crderbgg@uerj.br