

**IMPACTO DO ZUMBIDO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
SOCIALMENTE ATIVOS**

GLESSY DE OLIVEIRA XAVIER

**Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização
em Fonoaudiologia – Ênfase em Envelhecimento – sob orientação da
Profª Drª Adriane Teixeira**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, dezembro/2011

SUMÁRIO

LISTA DE

TABELAS.....	3
ARTIGO COMPLETO.....	4
RESUMO.....	4
1 INTRODUÇÃO.....	5
2 METODOLOGIA.....	7
3 RESULTADOS...	8
CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	14
ANEXOS.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra conforme o grau de desvantagem provocado pelo zumbido.....	10
Tabela 2: Distribuição da amostra conforme o grau de desvantagem provocado pelo zumbido e o sexo.....	10
Tabela 3: Distribuição da amostra conforme o grau de desvantagem provocado pelo zumbido e a sensação de intensidade do zumbido.....	1

IMPACTO DO ZUMBIDO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

SOCIALMENTE ATIVOS

IMPACT OF TINNITUS ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE

ACTIVE SOCIALLY

Glessy de Oliveira Xavier*, **Adriane Ribeiro Teixeira****, **Michelle Gassen Paulo Nunes*****, **Maiara Gonçalves******

*Fonoaudióloga. Especialista em Fonoaudiologia - ênfase em Envelhecimento – UFRGS

**Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade. Curso de Fonoaudiologia

***Fonoaudióloga Clínica. Especialista em Audiologia – ULBRA

****Membro da banca examinadora deste trabalho

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência: Adriane Ribeiro Teixeira – Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade – Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Bairro Santa Cecília – Porto Alegre – RS – Brasil – Cep 90035-003 – Telefone: (55) (51) 9115-1790 – Email: adriane.teixeira@gmail.com

Extrato de monografia apresentada ao Curso de Especialização em Fonoaudiologia – ênfase em envelhecimento - UFRGS

Resumo

Introdução: O zumbido é um sintoma que pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos, causando restrição de participação. **Objetivo:** Este trabalho buscou avaliar a influência do zumbido na qualidade de vida de um grupo de idosos com estilo de vida ativo. **Métodos:** Foram avaliados 36 indivíduos, de ambos os sexos (28% do sexo masculino e 72% do sexo feminino), com idades entre 60 e 83 anos (média 68,7% anos), todos com sintoma de zumbido. Foi aplicado um questionário sócio-demográfico e o *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) para a análise da influência do zumbido na qualidade de vida. **Resultados:** Constatou-se que a influência na qualidade de vida foi discreta em 15 idosos (42,8%), leve em 11 idosos (31,4%), moderada em 4 idosos (11,4%), severa em 4 (11,4%) e catastrófica em 2 (5,2%) idosos. **Conclusão:** A maior parte dos idosos avaliados apresentava influência discreta e leve. Hipotetiza-se que o estilo de vida ativo possa estar influenciando neste resultado, uma vez que o número de idosos classificados como apresentando influência discreta ou leve são superiores a outras pesquisas descritas na literatura especializada.

Palavras-chave: zumbido, envelhecimento, idoso.

Abstract

Introduction: Tinnitus is a symptom, which affects quality of life of individuals, and the disturbance provoked may restrict individuals' activities and disturb sleeping. **Objective:** Evaluate the influence of tinnitus on the quality of life over a group of elderly subjects with na active life style. **Methods:** 35 elderly patients of both sexes have been evaluated (28% male and 72% female), ages varying from 60 to 83 year-old subjects (average age 68,7), all presenting a tinnitus symptom and all considered active, because they attended The Best Age University or joined physical activities at the same University. They have been applied a social-demographic questionnaire and the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for analysis on the influence of tinnitus on the quality of life. **Results:** Most of the elderly patients evaluated showed a discreet and light influence. We assume that the active life style may be influencing such results, once the number of elderly patients classified as having discreet or light influence is superior to other researches described in specialized literature.

Key words: tinnitus, ageing, older people

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento provoca uma série de significativas mudanças físicas, sociais e emocionais¹. A diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente pode provocar maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos².

Dentre as diversas alterações que podem ocorrer pelo processo de envelhecimento e pela influência ambiental, um dos sintomas clínicos mais comuns é o zumbido. O zumbido não é considerado uma doença, e sim um sintoma. Pode ser causado por alterações otológicas, metabólicas, neurológicas, ortopédicas, cardiovasculares, farmacológicas, dentais e psicológicas^{3,4} e pode promover distúrbios emocionais e físicos⁵.

O zumbido é definido como uma percepção consciente de um som originado na cabeça ou nas orelhas do indivíduo, sem presença de fonte externa que gere esse mesmo som^{6,7}.

A classificação do zumbido pode ser feita de várias formas. Quando o fator considerado para a classificação é a percepção do mesmo, o zumbido pode ser considerado objetivo ou subjetivo. No primeiro, o sintoma pode ser percebido pelo examinador, e geralmente está relacionado a distúrbios vasculares ou musculares. Já o zumbido subjetivo é percebido somente pelo indivíduo.

Quanto às características psicoacústicas, o zumbido pode ser classificado em frequência (grave, médio ou agudo) e intensidade (forte ou fraca)⁸. Na classificação ainda pode ser considerada a duração (constante, intermitente, flutuante), quanto ao tipo (apito, grilo, ondas do mar, sirene, panela de pressão) e se é único ou múltiplo⁸.

O zumbido é considerado o terceiro pior sintoma para o ser humano, pois causa desconforto, difícil caracterização e tratamento, além de causar distúrbios no convívio social¹. Muitas vezes a presença de zumbido é um fator desencadeante de outros distúrbios, pois pode provocar alterações no sono, na concentração, nas atividades diárias, profissionais e sociais. Além disso, pode estar associado a depressão e ansiedade. Assim, a presença do zumbido pode estar relacionada a uma pior qualidade de vida³.

Com o objetivo de avaliar o impacto do zumbido na qualidade de vida dos pacientes, em 1996, Newman et al. formularam um instrumento denominado *Tinnitus Handicap Inventory* (THI). Trata-se de um questionário com 25 perguntas e dividida em três escalas: funcional, emocional e catastrófica. Por sua objetividade e praticidade, este instrumento tem sido traduzido para diversos idiomas e aplicados em diversas realidades,

mantendo suas características originais. O THI já foi traduzido e validado para o português brasileiro⁹.

Entre as três escalas do teste THI, a primeira escala, denominada escala funcional (F) mede o incômodo do zumbido com as funções mentais, sociais, ocupacionais e físicas. A segunda, a escala emocional (E) mede as alterações afetivas como ansiedade, raiva e depressão. E a terceira, a catastrófica (C) quantifica o desespero e a incapacidade para conviver com o sintoma do zumbido. As três opções de repostas para cada uma das questões são sim (quatro pontos), às vezes (dois pontos) e não (zero ponto)¹⁰.

Os pontos são somados e evidenciam a gravidade do impacto provocado pelo zumbido. Assim, a interferência pode ser considerada: desprezível, (0-16 pontos), leve (18-36 pontos), moderado (38-56 pontos), severo (58-76 pontos) ou catastrófico (78-100 pontos)¹¹. A partir das considerações feitas, este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do zumbido na qualidade de vida de um grupo de idosos socialmente ativos.

2 METODOLOGIA

O trabalho é de delineamento observacional, descritivo, contemporâneo e transversal¹². O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição, Universidade Luterana do Brasil, ano 2007 – nº 261 H.

Foram incluídos na amostra idosos com estilo de vida ativo, pois todos freqüentavam universidades da terceira idade e outros grupos de convivência, participando de atividades culturais, sociais e físicas.

Primeiramente, os indivíduos eram abordados e convidados a participar da pesquisa, recebendo informações sobre o objetivo desta. Concordando em participar, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido responderam a um questionário sócio-demográfico, além de informarem se apresentavam queixa de zumbido. Foram incluídos na amostra aqueles com idade igual ou superior a 60 anos (considerados idosos segundo a OMS) e com queixa de zumbido.

Em um segundo momento, os participantes receberam o questionário *Tinnitus Handicap Inventory* (THI), desenvolvido por Newman et al.¹⁰, adaptado à população brasileira por Ferreira et al.¹³, o qual deveria ser preenchido individualmente, sem auxílio do pesquisador.

Este questionário consta de 25 questões, divididas em três escalas: funcional, emocional e catastrófica, sendo que para cada Pergunta há três tipos de respostas: sim, às vezes ou não. O impacto do zumbido pode ser: desprezível ou discreto (zumbido só percebido em ambientes silenciosos – 0 à 16 pontos); leve (zumbido é mascarado por ruídos ambientais e esquecido com atividades diárias – 18 à 36 pontos); moderado (zumbido é percebido nos ambientes ruidosos, mas ainda não interferindo na realização de atividades diárias – 38 à 56 pontos);severo (zumbido quase sempre é percebido, podendo interferir no sono e nas atividades diárias – 58 à 76 pontos); e catastrófico (zumbido influencia negativamente na qualidade do sono e dificultando as

atividades diárias do paciente – 78 à 100 pontos).Após o preenchimento do questionário, as respostas são analisadas, somando-se os pontos em cada resposta e obtendo-se a pontuação final¹².

Finalizada a participação na pesquisa, os idosos receberam informações sobre o zumbido e perda auditiva, além de orientações sobre os profissionais a serem procurados quando houvesse a necessidade de maiores investigações.

A partir dos protocolos de pesquisa, foi elaborado um banco de dados, do qual foram feitas as análises quantitativas descritivas, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 36 idosos, sendo 10 (28%) do gênero masculino e 26 (72%) do gênero feminino, com idades entre 60 e 83 anos (média de 68,7 anos), todos com sintoma de zumbido.

Quando questionados sobre a percepção de intensidade do zumbido, 16 (44,4%) declararam perceber o zumbido com intensidade fraca, 13 (36,1%), com intensidade média e 7 (19,5%) com intensidade forte. Quanto ao momento do dia em que percebiam o zumbido com mais intensidade, 17 idosos (47,2%) relataram ser à noite, 8 (22,2%) não percebiam diferença entre a intensidade do zumbido e o período do dia, 4 (11,1%) não souberam relatar, 3(8,3%) relataram ser durante o dia, 2 (5,6%) durante as manhã e 2 (5,6%) relataram outras respostas.

De acordo com os dados apresentados na tabela 1 a maior parte dos idosos apresentou grau de incomodo pelo zumbido considerado desprezível (41,7%) ou leve (30,5%).

Tabela 1: Distribuição da amostra conforme o grau de desvantagem provocado pelo zumbido.

Grau de incômodo	n	%
Desprezível	15	41,7
Leve	11	30,5
Moderado	4	11,1
Severo	4	11,1
Catastrófica	2	5,6
total	36	102,2

Os dados apresentados na tabela 2 evidenciam que a maior parte das idosas apresentava restrição de participação discreta (30,8%) ou leve (34,6%) provocada pelo zumbido, enquanto os idosos apresentavam restrição de participação discreta (70%). A análise de dados não evidenciou associação entre a desvantagem provocada pelo zumbido e a variável sexo ($p=0,24$).

Tabela 2: Distribuição da amostra conforme o grau de desvantagem provocado pelo zumbido e o sexo.

Grau de desvantagem	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Discreta	8	30,8	7	70
Leve	9	34,6	2	20
Moderada	4	15,4	0	
Severa	3	11,5	1	10
Catastrófica	2	7,7	0	
Total	26	100	10	100

p= 0,24

Os dados apresentados na Tabela 3 referem-se à sensação de percepção do zumbido e o impacto do zumbido avaliado pelo THI. Não foi observada associação entre estas duas variáveis (p=0,58).

Tabela 3: Distribuição da amostra conforme o grau de desvantagem provocado pelo zumbido e a sensação de intensidade do zumbido

	Fraco		Médio		Forte	
	N	%	n	%	n	%
Discreta	6	37,5	8	61,5	1	14,3
Leve	6	37,5	2	15,4	3	42,9
Moderada	2	12,5	1	7,7	1	14,3
Severa	2	12,5	1	7,7	1	14,3
Catastrófica	0	0	1	7,7	1	14,3
Total	16	100	13	100	7	100

p=0,58

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que a maior parte dos componentes da amostra era do sexo feminino, o que corrobora estudos já feitos no país^{14,15}. Além disso, a realização da pesquisa com idosos que freqüentavam universidades da terceira idade ou outros grupos de convivência pode ter reforçado a presença maciça de indivíduos do sexo feminino, pois estes são preponderantes nestes grupos¹⁶.

Quanto à percepção de zumbido ser maior durante a noite, já era um dado esperado pelos pesquisadores. Indivíduos geralmente relatam este dado, uma vez que à noite os ambientes são mais silenciosos e isto pode levar o indivíduo a relatar percepção do zumbido somente à noite ou então um aumento da sensação de intensidade neste período, o que pode provocar, inclusive, distúrbios do sono. Os distúrbios do sono provocados pelo zumbido já foram relatados por outros autores e corroboram os achados deste estudo¹⁷.

Com relação à restrição de participação provocada pelo zumbido, a análise dos resultados do THI evidenciou que a maior parte dos idosos avaliados apresentava restrição de participação discreta ou desprezível em 33% dos pacientes e leve 31%. Este dado é compatível com os obtidos por Lim *et. al*¹⁸.

Outros estudos¹⁹, porém, observaram que a maior parte dos indivíduos apresentava incomodo de grau moderado, diferindo dos resultados desta pesquisa. Quando foram analisados os dados sobre desvantagem provocada pelo zumbido e com variável sexo, observou-se que não houve associação estatisticamente significativa. Este dado corrobora outras pesquisas já realizadas, em que não houve a associação entre severidade do zumbido e o sexo dos indivíduos²⁰.

Outra pesquisa mostra a queixa de zumbido e as repercussões na vida diária. Em 180 pacientes, 64% mulheres idade entre 19 e 77 anos. Foi aplicado o teste THI²¹. Constatou-se que o zumbido acarreta impacto na vida dos pacientes pode acarretar prejuízos no seu dia a dia.

Em outro estudo, 52 indivíduos divididos em dois grupos (portadores ou não de perda auditiva), foram avaliados por meio do THI e WHOQOL. Os idosos apresentavam maior intensidade de zumbido do que os jovens. Os pacientes idosos, 77 mostram em 15% da amostra maior intensidade do zumbido que os mais jovens. O grupo que sofreu impacto auditivo (ruído), apresentou leve para tinnitus dentro da escala THI e pobre qualidade de vida. Enquanto os que apresentavam perda auditiva, a qualidade de vida no THI classificou como moderada a qualidade de vida²².

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos participantes da pesquisa apresentou um grau de desvantagem discreto ou leve à presença do zumbido, mesmo aqueles que o percebem em intensidade média ou forte. Dessa forma, a presença do zumbido não causou impacto significativo na qualidade de vida dos idosos estudados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) OLIVEIRA, B.H.D.- Textos envelhecimento v.8 n.1 Rio de Janeiro.2005. In:livro Sobre a saúde e qualidade de vida no Envelhecimento.(org). DIOGO, M.J.D.; ELBOUX, Néri A.L.; CACHIONI, M. Editora Alínea 236pp.

2) NETTO, MATHEUS Papaléo. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico. Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, Elizabete V.et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

3) FERREIRA, L.M.B.M., RAMOS JUNIOR A N., Mendes Junior E.P. Caracterização do zumbido em idosos e de possíveis transtornos relacionados. In: Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, v. 75, n. 2, Mar/Apr. 2009.

4) AAZH, H.; MOORE, B. C. J.; ROBERTS, P. **Paciente – centered tinnitus – Management tool: a clinic audit.** In: **American Journal Audiology.** Ano 2009.

5) JASTREBOFF PJ, HAZELL JWP. **A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications.** **Br J. Audiology** 1993;27:7-17.

6) Welch D., Dawes P.J.D.- **Personality and Perception of Tinnitus -** **EAR & Hear** 2008.n.2 (5): 689 – 92. By Lippincott Williams & Wilkins Printed in the USA.

7) SANCHEZ, T. G.; FERRARI, G. M. S. **O que é zumbido.** In: Samelli (org) **Zumbido.** In: **Avaliação, diagnóstico e reabilitação, abordagens atuais.** São Paulo: Editora Lovise. 2004.

8) SAMELLI A.G. **Zumbido, Avaliação, Diagnóstico e Reabilitação –** **abordagens atuais.** São Paulo: Editora Lovise. 2004.

9) Guillemin, F.; Bombardier, C.; Beaton. D.- **Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines.** **Journal. Clin. Epidemiology.**, v. 46, n.12, p. 1417-1432, december.1993.

10) Newman CW, Jacobson GP, Spitzer JB. **Development of the Tinnitus handicap Inventory.** **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1996;122(2):143-8.

11) McCombe A, Baguley D, Coles R, Mckenna L, Mckinney C. Windle-Taylor P. **Guidelines for the grading of tinnitus severity: the results of a working group commissioned by the British Association of**

Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons, 1999. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2001;26:388-93.

12) GOLDIN, J. R. Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde. Porto Alegre: Editora Da Casa, 2000.

13) Ferreira, P.E.A.; Cunha, F.; Tsuneo O.; Barreiro, F.C.A.B.; Ganança, F.F.- Tinnitus handicap inventory: adaptação cultural para o Português brasileiro.- Pró-Fono Revista de Atualização Científica. Vol. 17 n0.3 Barueru. Sept/Dec. 2005.

14) Garrido, R. Menezes P. R. – Brazil is aging: good and bad news from na epidemiological perspective (O Brasil esta envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica- Revista Brás. Psiquiatr. Vol.24 suppl.1 São Paulo Apr. 2002.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500002>.

15) Fiedler, M.M. Peres, K.G. – Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city : a population-based study (Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. – Cad. Saúde Pública vol.24 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2008.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200020>.

16) Leite, V.M.M; Carneiro, E.M.F.de; Barreto, K.M.L;Falcão, Ilka Veras.- Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade/ Depression and aging: study comprising participants of the “Sênior Citizens Open University”.- Ver. Brás. Saúde matern. Infant; 6(1): 31-38, jan-mar.2005. ilus, tab.

17) Ferreira, L.M.B.; Ramos Junior, A.N.; Mendes, E.P. – Caracterização do zumbido em idosos e de possíveis transtornos relacionados. – Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Vol. 75 no. 2 São Paulo Mar./Apr. 2009.

18) Lim JJ, Lu Pk, Koh DA, Eng SP. – Impact of tinnitus as measured by the Tinnitus Handicap Inventory among tinnitus sufferers in Singapore – Singapore Medical Journal : 51(7): 551-7, 2010. July.

19) Hiller W., Goebel, G. – Quando zumbido loudness e aborrecimento são discrepantes: características audiológicas e perfil psicológico. - Audiol Neurootol. ano 2007 ; 12 (6) : 391-400. Epub 2007.

20) Mondelli, M.F.C.G.; Rocha, A. B. – Correlação entre os achados audiológicos e incômodo com zumbido. – Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia vol.15 no.2 São Paulo May;June 2011.

21) Schmidt, LP.; Teixeira, V.N.; Dall’Igna, C; Dllagnol D.; Smith, M.M.- Adaptação para língua portuguesa do questionário Tinnitus Handicap Inventory: validade e reprodutibilidade- Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Vol. 72 no.6. São Paulo Nov./Dec. 2006.

22) Prestes R. Daniela G.- Impact of tinnitus on quality of life, loudness and pitch match, and high-frequency audiometry.- Int. Tinnitus J. 2009;15(2):134-8.

1. Devido ao seu zumbido é difícil se concentrar?
2. O volume (intensidade) do seu zumbido faz com que seja difícil escutar as pessoas?
3. O seu zumbido deixa você nervoso?
4. O seu zumbido deixa você confuso?
5. Devido ao seu zumbido, você se sente desesperado?
6. Você se queixa muito do seu zumbido?
7. Devido ao seu zumbido, você tem dificuldade para pegar no sono à noite?
8. Você sente como se não pudesse se livrar do seu zumbido?
9. O seu zumbido interfere na sua capacidade de aproveitar atividades sociais (tais como sair para jantar, ir ao cinema)?
10. Devido ao seu zumbido, você se sente frustrado?
11. Devido ao seu zumbido, você pensa que tem uma doença grave?
12. O seu zumbido torna difícil aproveitar a vida?
13. O seu zumbido interfere nas suas tarefas no serviço e em casa?
14. Devido ao seu zumbido, você se sente freqüentemente irritado?
15. Devido ao seu zumbido, você acha difícil ler?
16. O seu zumbido deixa você chateado?
17. Você sente que o seu zumbido atrapalha o seu relacionamento com a sua famílias e amigos?
18. Você acha difícil tirar a sua atenção do zumbido e se concentrar em outra

ANEXO B – Normas da Revista para publicação



**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).

Resenhas: resenha crítica de livros e trabalhos relacionados ao campo temático da revista, publicados nos últimos dois anos (máximo de 1.500 palavras e 10 referências).

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 Clínico

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%20acional%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:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Título do manuscrito:

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.

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.*

3. Conflito de interesses

Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Data, assinatura e endereço completo de todos os autores

(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