

**PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA
DE PALMEIRA DAS MISSÕES, RS:
DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

Elizangela Pletsch da Luz

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde apresentado ao Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista**.

Orientadora: Prof.^a Loiva Beatriz Dallepiane

**Três de Maio, RS, Brasil
2012**



**Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
CESNORS – Centro de Educação Superior Norte do**

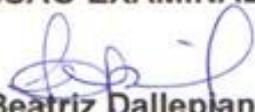
**A Comissão Examinadora, abaixo assinada
aprova o Artigo de Pós-graduação**

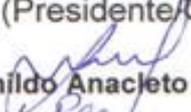
**PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA
DE PALMEIRA DAS MISSÕES, RS:
DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

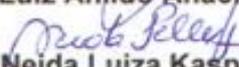
Elaborado por:
Elizangela Pletsch da Luz

Como requisito parcial, para a obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:


Loiva Beatriz Dalleplane, Dra.
(Presidente/Orientadora)


Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)


Neida Luiza Kaspary Pellenz, Me. (UFSM)

Susane Flores Cosentino Me. (UFSM)

Três de Maio, 14 de dezembro de 2012.

Perfil da População idosa de Palmeira das Missões, RS: Desafios na Gestão Pública em Saúde

Profile of the elderly population in Palmeira das Missões, RS, Brazil: challenges in the public health management

Elizangela Pletsch da Luz

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sócio demográfico e de hábitos de vida dos idosos de Palmeira das Missões, RS, apontando os desafios para a gestão pública em saúde.

Métodos: A pesquisa é quantitativa, descritiva e transversal, a população envolvida é do sexo feminino e masculino, as variáveis analisadas foram: sóciodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda) e hábitos de vida (etilismo, tabagismo e atividade física). Resultados: Participaram da pesquisa 424 idosos, sendo 68,4% do sexo feminino, a idade variou de 60 a 99 anos, tendo um número maior de idosos acima de 80 anos do que dos 75 aos 80 anos, constatando-se que a população mais idosa está aumentando, situação conjugal predominou casado, a maioria com menos de 5 anos de escolaridade. A renda familiar ficou de 1 a 2 salários-mínimos, com 2 dependentes. As principais despesas são com alimentação, saúde/medicamentos, sendo que 75,7% fazem uso de medicamentos diários e 71,3% consomem de 1 a 3 medicamentos ao dia. A maioria não consome bebidas alcoólicas, nem tem o hábito de fumar, 48,3% dos idosos não pratica atividade física regular. Conclusão: Pelo perfil dos idosos do estudo de baixa renda e escolaridade,

e tendo as maiores despesas com alimentação e saúde/medicamentos entende-se que a gestão pública de saúde tem um grande desafio com o envelhecimento, dentre eles, capacitar técnicos e profissionais, desenvolver políticas inclusivas, valorizando mais a pessoa do idoso, assim como seus cuidadores/família, oferecendo um suporte adequado.

Palavras-chave: Idoso; Nutrição; Saúde do Idoso; Saúde Pública

ABSTRACT

Objective: This study aimed at characterizing the socio-demographic profile of the elderly people in Plameira das Missões, RS, Brazil, by signaling the challenges to the management system. **Methods:** The research was quantitative, descriptive and transversal; the population investigated was made of men and women; and the variables analyzed were: socio-demographic data (such as age, sex, marital status, educational background and income) and lifestyles (alcoholism, smoking and physical exercise). **Results:** Four hundred and twenty-four (424) elderly people participated in the study, being 68.4% of them women who aged from 60 to 69 years old. There were more individuals at the age of 80 than from 75 to 80 years old which showed that the elderly population is increasing. The marital status was mostly married, and the majority had studied for less than 05 years. The family income varied from 01 to 02 minimum wages, and with two dependent people. The main expenses were related to feeding, health/drugs, and 75.7% of them made use of daily drugs while 71.3% took from 01 to 03 drugs a day. Most of them did not consume alcoholic drinks, neither smoked, and 48.3% of the elderly people did not practice regular physical exercises. **Conclusions:** Due to the profile of the elderly

people who participated in this study being of low income and poorer education, and bearing in mind that most of their expenses were related to feeding and health/drugs, it is understood that the public health management has great challenges with ageing, among them, enabling technicians and professionals, developing inclusive policies which valuing more the elderly, as well as their caregivers and relatives, by offering adequate support.

Key words: Elderly; Nutrition; Elderly's health; Public Health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade que vem crescendo consideravelmente no Brasil e em muitos países nas últimas décadas. Nos países desenvolvidos entende-se por idoso a pessoa acima de 65 anos e nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, é acima de 60 anos ¹. O processo de envelhecimento é considerado reflexo positivo das políticas de saúde pública e sociais, pois a queda da mortalidade e natalidade em países industrializados que teve início no século passado, aconteceram em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal, dos sistemas de proteção social e das melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho e saneamento básico ².

O aumento na expectativa de vida dos idosos pode ser constatado pelo alargamento do topo da pirâmide etária brasileira. O Censo demográfico do IBGE de 2010 constatou que no Brasil a população acima de 75 anos (5 milhões) dobrou quando comparada com o Censo de 2000 (2 milhões). O Rio Grande do Sul

alcançou a condição de primeiro estado brasileiro em número proporcional de idosos (13,6%), comparando com o Brasil que é de 10,8% e o segundo lugar em expectativa de vida (75,5 anos) ³.

A longevidade é um avanço, as pessoas estão vivendo mais, no entanto, há importantes diferenças desta realidade entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da gestão dos serviços de saúde para atender às novas demandas. A expectativa é de que no ano de 2050, no Brasil, bem como em todo o mundo, existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado ⁴. Indicam as projeções mais conservadoras, que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas ⁵.

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma questão de saúde pública que repercute nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade possuindo demandas específicas, implicando mudanças nos diversos setores de atenção, público e privado ⁶. Dentre tantas preocupações para melhor atender a população acima dos 60 anos, uma, em especial, é a formação adequada dos profissionais de saúde, para que estes estejam capacitados e preparados a compreender e trabalhar com as diversas situações e demandas próprias desta faixa etária ⁷.

Alguns dispositivos legais auxiliam as ações sociais e de saúde, garantindo os direitos das pessoas idosas e exigindo do Estado a proteção dos mesmos, entre eles podem ser citados a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da

Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso⁸. Diante destas novas demandas, o envelhecimento é alvo privilegiado de investigações nas mais diferentes áreas de conhecimento, quanto mais informações e conhecimento se obtêm sobre uma determinada população, maiores as chances de intervenções bem sucedidas. Porém, também é notório que a realização de políticas públicas efetivas, vai muito além de conhecer a população e ter a melhor legislação disponível, exige a corresponsabilidade do Estado, dos profissionais das áreas de saúde, da assistência social, bem como do idoso e da sociedade em geral. Nesta perspectiva, este estudo objetiva caracterizar o perfil sócio demográfico e de hábitos de vida dos idosos de Palmeira das Missões, RS, apontando os desafios para a gestão pública em saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa é quantitativa, descritiva e transversal. A população envolvida no estudo são indivíduos idosos residentes em Palmeira das Missões / RS, sexo feminino e masculino, selecionados ao acaso e seguindo a amostra calculada por Pedro Alberto Barbeta⁹, considerando uma margem de erro de 5%.

As variáveis analisadas foram: a) Sóciodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda). Para Escolaridade e Renda foi utilizada a classificação do IBGE; b) Hábitos de vida (Etilismo, tabagismo e atividade física). O etilismo, definido como o consumo regular de bebida alcoólica nos últimos doze meses foi considerado presente se igual ou superior a 30 gramas/álcool/dia, estimado pelo conteúdo alcoólico de cada tipo de bebida (duas garrafas de cerveja ou três copos de vinho ou duas doses de bebida destilada ou aguardente¹⁰. O tabagismo foi definido como o hábito de fumar, independente do número e tipo de cigarros

consumidos por dia, nos últimos cinco anos ¹¹. A atividade física regular foi caracterizada por referências à prática de frequência semanal e duração diária de caminhadas, ginásticas e/ou hidroginástica, por período igual ou superior a seis meses no último ano. É considerada adequada quando realizada a frequência mínima de 5 vezes por semana e 30 minutos de duração para intensidades moderadas, 3 vezes por semana e 20 minutos para as vigorosas, podendo estas ser complementares. O programa moderado pode ser acumulado em sessões de 10 minutos, no mínimo ¹².

Os dados foram processados em uma planilha do excel e analisados no software estatístico SPSS. A metodologia de análise foi a estatística descritiva, teste de Qui-quadrado e correlação.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº do processo 23081.009908/2010-10, sendo o presente trabalho um subprojeto da pesquisa denominada: “situação alimentar e nutricional da população idosa de Palmeira das Missões, RS. Os participantes da pesquisa, após a concordância, assinaram um Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 424 idosos, sendo 68,4% do sexo feminino e 31,6% do sexo masculino. A idade variou de 60 a 99 anos com média de 70,83 ± 7,8 anos e predominou entre 65 a 70 anos, situação conjugal casado, com 1 a 4 anos de escolaridade. A renda familiar ficou de 1 a 2 salários-mínimos, dependendo

predominantemente 2 pessoas desta renda oriunda da aposentadoria e/ou pensão, visto que 95,5% dos idosos estão fora da população economicamente ativa – PEA. As principais despesas são com alimentação (52,6%) seguido dos gastos com saúde/medicamentos (38,2%), conforme Tabela 1.

Tabela 01 – Características sóciodemográficos dos idosos. Palmeira das Missões, RS. 2010-2011.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	290	68,4
Masculino	134	31,6
Total	424	100
Idade		
60 I—65	101	23,8
65 I—70	112	26,4
70 I—75	83	19,6
75 I---80	62	14,6
80 ou mais	66	15,6
Total	424	100
Estado civil		
Solteiro	29	6,8
Casado	228	53,8
Viúvo	136	32,1
Desquitado	31	7,3
Total	424	100,0
Escolaridade		
Menos de 5 anos	255	60,1
5 anos ou mais	169	39,9
Total	424	100,0
Renda		
Menos de 1 SM	48	11,3
1 a 2 SM	290	68,4
2 a 3 SM	51	12,0
3 ou mais SM	35	8,3
Total	424	100,0

Nº dependentes da renda

1	127	30
2	212	50
3 a 5	77	18,1
6 ou mais	8	1,9
Não respondeu	424	100
Total		
Fonte da renda		
Aposentadoria e pensão	381	89,9
Salário/aluguel/serviços/outros	29	6,9
Não se aplica/não respondeu	14	3,3
Total	424	100
Principais despesas		
Saúde/remédios	162	38,2
Habitação	31	7,3
Alimentação	223	52,6
Ajuda familiar	6	1,4
Vestuário	1	0,2
Não sabe/não respondeu	1	0,2
Total	424	100,0
Ocupação		
Indivíduo fora da PEA	405	95,5
Outros	18	4,2
Não respondeu	1	0,2
Total	424	100,0

Na Tabela 2, verificou-se a distribuição dos idosos em relação aos hábitos de vida, constatando-se que a maioria, 85,6% não consome bebidas alcoólicas. Entre os que os que consomem, 5,7% responderam consumir raramente e 4,2% semanalmente. O tipo de bebida mais consumida foi o vinho na quantidade de um copo por 7,8%, na quantidade de um copo. Também, 85,6% dos idosos não têm o hábito de fumar. Entre os fumantes (14,4%), 1,7% relataram fumar há mais de 35 anos. Quanto a atividade física, 48,3% dos idosos não tem esta prática regular. No entanto, para os 45,3% que praticam, 13,7% relatou freqüência de uma vez na semana, sendo a caminhada a atividade mais realizada (32,3%) e, para 31,1% com

mais de 45 minutos de duração, num período de mais de seis meses (35,8%). Entre os idosos, 75,7% fazem uso de medicamentos diários, e 71,3% consomem de 1 a 3 medicamentos ao dia, conforme a tabela 2.

Tabela 2 – Hábitos de vida dos idosos. Palmeira das Missões, RS. 2010-2011.

Variáveis	Nº	%
Consumo bebida alcoólica		
Sim	61	14,4
Não	363	85,6
Total	424	100,0
Frequência de consumo		
Diariamente	18	4,2
Semanalmente	18	4,2
Mensalmente	1	0,2
Raramente	24	5,7
Total	61	14,4
Quantidade ingerida		
Vinho/copo	33	7,8
Cerveja/copo	22	5,2
Bebida destilada/dose	6	1,4
Total	61	14,4
Hábito de fumar		
Sim	61	14,4
Não	363	85,6
Total	424	100,0
Tempo de fumo		
Menos de 5 anos	6	1,4
5 a 20 anos	5	1,2
20 a 35 anos	7	1,7
Mais de 35 anos	33	7,8
Total	51	12,0
Atividade física		
Sim	192	45,3
Não	205	48,3
Não respondeu	27	
Total	424	100
Frequência		

Uma vez/semana	58	13,7
Duas vezes/semana	49	11,6
Três vezes/semana	34	8,0
Mais de 3 vezes/semana	51	12,0
Total	192	45,3
Tipo		
Caminhada	137	32,3
Pedalada	7	1,7
Natação	1	0,2
Ginástica	26	6,1
Outra	21	5,0
Total	192	54,5
Tempo de prática		
≥ 6 meses	152	35,8
≤ 6 meses	40	9,4
Total	192	45,2
Duração		
≥45 minutos	132	31,1
≤45 minutos	60	14,1
Total	192	45,2
Medicamentos		
Sim	321	75,7
Não	103	24,3
Total	424	100,0
Nº medicamentos consumidos/dia		
1 a 3	229	71,3
Mais de 3	92	28,7
Total	321	100

Na Tabela 3 observa-se que tanto para o sexo feminino quanto masculino, a maioria não tem o hábito de praticar atividade física, da mesma forma, para ambos os sexos prevalece a faixa etária dos 60 aos 70 anos para os que praticam. Para a escolaridade, observa-se que as mulheres entre 60 e 70 anos tem estudo maior ou igual a 5 anos (25,2%), no restante das faixas etárias e em ambos os sexos

observamos uma escolaridade inferior a 5 anos. Podemos constatar também que quanto mais idosos eram os pesquisados, menor é sua escolaridade.

Tabela 3 – Associação da faixa etária e sexo com atividade física e escolaridade em idosos. Palmeira das Missões, RS. 2010-2011.

Sexo	Variável	Faixa etária			Total N(%)
		60 ---70 N(%)	70 ---80 N(%)	≥ 80 N(%)	
	Atividade física				
Feminino	Sim	65(23,6)	48(17,5)	25(9,1)	138(50,2)
	Não	71(25,8)	46(16,7)	20(7,3)	137(49,8)
	Total	136(49,5)	94(34,2)	45(16,4)	275(100,0)
Masculino	Sim	28(23,0)	18(14,8)	8(6,6)	54(44,3)
	Não	36(29,5)	23(18,9)	9(7,4)	68(55,7)
	Total	64(52,5)	41(33,6)	17(13,9)	122(100,0)
	Escolaridade (anos de estudo)				
Feminino	< 5 anos	71(24,5)	64(22,1)	28(9,7)	163(56,2)
	≥ 5 anos	73(25,2)	35(12,1)	19(6,6)	127(43,8)
	Total	144(49,7)	99(34,1)	47(16,2)	290(100,0)
Masculino	< 5 anos	44(32,8)	32(23,9)	16(11,9)	92(68,7)
	≥ 5 anos	25(18,7)	14(10,4)	3(2,2)	42(31,3)
	Total	69(51,5)	46(34,3)	19(14,2)	134(100,0)

DISCUSSÃO

Dentro do processo de envelhecimento do Brasil e da América Latina, é importante conhecer as condições de vida, de saúde, econômicas e de suporte social dos idosos, para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população, que, atualmente, é a que mais cresce ¹³.

O envelhecimento populacional brasileiro é um desafio para a Saúde Pública, pois ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, onde o processo

ocorre de forma gradual acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente, e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente ².

Na análise dos dados sóciodemográficos dos idosos pesquisados observou-se que a maioria é do sexo feminino, estando de acordo com o trabalho de Maria das Graças Melo Fernandes ¹⁴ que encontrou 61,5%. Também, segundo o IBGE ¹⁵ a população idosa feminina corresponde a 55%, confirmando vários estudos referentes à feminilização da velhice. As mulheres predominam entre a população idosa, dado a menor mortalidade, realidade de muitos países, encontrado uma taxa maior em países desenvolvidos ¹⁶. Este fator da sobremortalidade masculina, observado como uma tendência mundial, cuja origem era atribuída, principalmente, a fatores biológicos, induzindo à naturalização desse fenômeno, portanto, mais recentemente, os fatores sociais e comportamentais passaram a ser cada vez mais enfatizados, sendo hoje consenso que os homens estão mais expostos que as mulheres a certos fatores de risco, como o maior consumo de álcool e cigarro, situações de violência física e psicológica, stress no trabalho ¹⁷.

O percentual dos idosos acima dos 80 anos foi maior que o percentual dos idosos dos 75 aos 80 anos. Este crescimento da população mais idosa, ou seja, com mais de 80 anos é apontado em vários estudos e chamou atenção no Distrito Federal, onde este grupo foi o que mais cresceu, em 1960, representava 5,1% da população idosa e, em 2007, 10,3% ¹⁸.

Segundo indicam dados do Ministério da Saúde¹⁹, dentro do crescimento da população idosa brasileira, o grupo “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada”, ou seja, os que estão acima de 80 anos, vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos.

Com a redução da mortalidade em idade mais avançada aumentou o número de idosos com maior fragilidade. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, baseando-se num conceito mais genérico de fragilidade, considera dentro desta classificação como idosos frágeis também aqueles maiores de 75 anos²⁰. Embora a fragilidade, no sentido mais estrito do termo, seja considerada síndrome ainda sem definição consensual, sabe-se que ela pode interferir na funcionalidade dos idosos, causando, em geral, maior dependência²¹. A síndrome da fragilidade tem maior prevalência na idade mais avançada²².

Contudo, os idosos necessitam de cuidados mais específicos, sendo necessária a capacitação dos profissionais de saúde no seu cuidado e adequação dos serviços de saúde para atender satisfatoriamente a esse contingente populacional²³.

O estado civil predominante foi de casado, seguido de viúvo, valores próximos foram encontrados no trabalho de Maria das Graças Melo Fernandes¹⁴ que foi de 52% para casados e 38% para viúvos. Dos idosos estudados, a maioria tem menos de 5 anos de estudo, percentual pouco menor que a da população brasileira, que em 2003, possuía 57,9% de idosos com menos de quatro anos de escolaridade e consideravelmente menor do que o percentual encontrado nos estudos de Renata Junqueira Pereira²⁴ que foi de 71,1%. Diante disso, é preciso recordar que a

situação de escolaridade das pessoas atualmente idosas remete a períodos calendários, quando as chances de acesso à educação se davam de forma bastante assimétrica por classe social e gênero, e mesmo entre aqueles que conseguiam chegar às escolas nem todos completavam o ensino primário, e esse panorama se agrava quanto mais antigos forem os idosos, ou seja, a escolaridade diminui com o aumento da idade dos idosos. Como consequência, eles estão expostos a enfrentar dificuldades agravadas pela falta de escolaridade na tentativa de buscar condições de existência e de sobrevivência ²⁵.

Esta falta de instrução entre os idosos possui estreita relação com dificuldades no trato da saúde por parte dos mesmos, a exemplo de problemas com o manuseio de medicamentos, com o seguimento de dietas ou prescrições e outros. Isso requer dos profissionais de saúde maior atenção relativa ao tipo e forma de linguagem que devem nortear o processo de comunicação entre eles e os idosos na operacionalização do cuidado terapêutico ¹⁴.

Constatou-se relativamente baixo a renda mensal dos idosos, porém, condizente com a renda da maioria dos idosos do Brasil, sendo as aposentadorias e pensões as fontes predominantes de renda, valores semelhantes ao encontrado nos estudos de Maria das Graças Melo Fernandes ¹⁴ com um percentual de 88% para os idosos que possuem renda de um salário mínimo proveniente de aposentadoria ou pensão. A maioria dos idosos pesquisados não fazem parte da População Economicamente Ativa - PEA, sendo assim, o benefício recebido pelo idoso proveniente da previdência social, na forma de aposentadoria e pensão, cumpre uma função de proteção social importante. Através dele é possível constatar, no espaço familiar, uma revalorização da pessoa idosa que, de posse da renda oriunda

de sua aposentadoria, obtém uma espécie de salvaguarda de subsistência familiar. Dessa forma, os idosos invertem o papel social de assistido para assistente²⁶. É importante ressaltar que na ausência ou insuficiência de suportes, tais como educação de boa qualidade, oferta adequada de atendimento de saúde, de moradia e de transporte, a renda assume um papel primordial para a aquisição de bens e serviços necessários para a reprodução social, mesmo entre aqueles que ultrapassaram os limites da renda necessária para satisfação das necessidades básicas²⁷.

A pesquisa revelou que os maiores gastos dos idosos são com alimentação. É interessante mencionar, segundo estudos de Ivana Carneiro Almeida²⁸ que em relação ao consumidor idoso, constata-se, a existência de uma preocupação crescente com a saúde, o que o conduz à busca por alimentos mais saudáveis, tornando o estudo da alimentação do idoso bastante relevante. O crescimento da população idosa representa um grande mercado de consumo alimentar, fato que exige uma adequação dos alimentos para permitir um maior tempo de vida saudável para esses consumidores idosos e conseqüentemente, gerando uma redução de custos para o estado e a sociedade, pois um melhoramento na condição de vida, por meio de uma boa alimentação mais saudável, pode gerar uma queda nos custos gerados para o governo e a sociedade, quanto a prevenções de doenças e manutenção da saúde de seus idosos.

Os gastos com medicamentos e saúde, também foram expressivos, e a maioria relatou fazer uso de 1 a 3 medicamentos por dia, fator que preocupa pois o uso de medicamentos por idosos traz como consequência um equilíbrio muito delicado entre risco e benefício, desta forma, os mesmos medicamentos que podem

prolongar a vida do idoso podem custar a sua qualidade de vida. O problema não é atribuído somente ao seu consumo, mas também a irracionalidade do seu uso, podendo expor o idosos a riscos potenciais²⁹. Além da necessidade de uma adequada prescrição médica, um dos vários fatores que levam e facilitam a polifarmácia é o acesso facilitado a medicamentos, o uso indiscriminado em nível nacional deve-se a essa liberdade de comercialização de incontáveis produtos farmacêuticos, muitas vezes insuficientemente testados, sem comprovação satisfatória de eficácia e sem monitorização pós-comercialização, assim, esta grande variedade de medicamentos disponíveis em vez de contemplar as necessidades sanitárias, culmina por refletir as motivações financeiras dos fabricantes, visto ser um mercado muito lucrativo³⁰.

A grande maioria dos idosos não consome bebidas alcoólicas, fator muito positivo, visto que o alcoolismo configura um importante problema de saúde pública, repercutindo na saúde física e mental dos indivíduos³¹.

Outro fator importante para avaliar a saúde dos idosos é o tabagismo, sendo que a maioria dos pesquisados não possui esse hábito. O tabagismo é apontado como uma das principais causas de doenças e morte em boa parte do mundo, desfavorecendo a longevidade, sendo fator de risco para inúmeras doenças, principalmente câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias³².

Um grande contingente de idosos neste estudo não possui o hábito de realizar atividade física, fator preocupante, visto que é comprovado que a inatividade acarreta problemas não somente físicos como o surgimento de doenças crônicas, mas também de ordem mental. O indivíduo ao envelhecer passa por um processo natural de mudanças que é particular de cada um, porém, inevitável, sendo

influenciado positivamente ou negativamente pelas mudanças do estilo de vida, especialmente pela diminuição da capacidade física e também decorrente da aposentadoria. A prática regular de atividade física aumenta a capacidade de realizar as atividades da vida diária, diminuindo a dependência, prolongando sua independência, aumentando a auto-estima e conseqüentemente contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Enfim, os aspectos positivos e negativos da saúde mental podem se beneficiar do exercício físico regular, tornando o idoso menos dependente de medicamentos para se sentir bem ³³. Ressaltando que as recomendações de atividades físicas não devem ser entendidas como receitas prontas, pois há a necessidade de levar em consideração a individualidade biológica, idade, sexo, estado de saúde, objetivos e preferências dos indivíduos, contudo, a recomendação da prática de atividade física como prevenção e tratamento de doenças ³⁴.

Enfim, a perspectiva do envelhecimento populacional, gera muitas preocupações. Segundo estudos de Silvia Portugal ³⁵ o aumento do número de idosos e o declínio da proporção de jovens, resultarão em desequilíbrio, causado pela quantidade de pessoas ativas e inativas, o impacto que isso gera no sistema de segurança social e nos sistemas de saúde que são os serviços mais procurados, e deverão cada vez mais cumprir um papel de longa duração, gerando um desafio muito grande também na formação técnica e profissional na área da saúde, visto que, os idosos são mais dependentes desses serviços, em especial quando nos referimos às idosas, visto que as mulheres vivem mais tempo, ficam solitárias, viúvas, enfim, mais vulneráveis. Toda essa realidade precisará refletir em políticas públicas que possam atender essas novas demandas, pois, o maior desafio está em

construir uma sociedade para todas as idades, promovendo a participação dos idosos, desenvolvendo políticas inclusivas, combatendo as desigualdades, aproveitando o potencial das famílias, dando suporte a elas.

CONCLUSÕES

O perfil sociodemográfico ficou constituído principalmente de idosos do sexo feminino, de 65 a 70 anos, casados, menos de 5 anos de escolaridade, com renda de 1 a 2 salários mínimos, provenientes da aposentadoria e pensão. Desta renda dependem 2 pessoas, sendo duas principais despesas para alimentação e saúde/remédios.

Quanto aos hábitos de vida a maioria dos idosos não consome bebida alcoólica e não é tabagista, porém, os que fumam já o fazem por mais de 35 anos. A atividade física não é uma prática regular e quem o faz pratica apenas uma vez por semana, mais de 45 minutos, sendo a caminhada a opção mais citada e tempo de prática mais de 6 meses. Quanto ao consumo de medicamentos há uma predominância de 1 a 3 medicamentos ao dia.

Contudo, conhecendo melhor o perfil da população idosa, é importante ressaltar a necessidade de políticas públicas para atender a estas novas demandas. Sendo um grande desafio para a gestão pública, dentre eles, capacitar técnicos e profissionais, desenvolver políticas inclusivas, valorizando mais a pessoa do idoso, assim como seus cuidadores/família, oferecendo um suporte adequado, enfim, é importante um novo olhar sobre o perfil populacional que a cada dia está envelhecendo mais e acompanhar este processo de modo que sejam atendidas as necessidades de forma mais satisfatória possível.

REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
2. Chaimowicz FA. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projetos e alternativas. Rev Saúde Pública 1997; 31(2):184-200.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Primeiros resultados definitivos do Censo de 2010. [Acesso em 2012 set 25] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1
4. Ministério da Saúde (MS). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n.19; Brasília DF; 2007.
5. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):725-33.
6. Veras RP, et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10(3) Rio de Janeiro, 2007.
7. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia saúde da família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad Saúde Pública 2011; 27(4):779-786.
8. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10(3):371-387.

9. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7ª ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
10. Duncan B.B. et al. Association of the waist-to-hip ratio is different with wine than with beer or hard liquor consumption. *American Journal of Epidemiology*, 1995; 142:1034-8.
11. WITTEMAN, J. C. M. et al. Cigarette smoking and the development and progression of aortic atherosclerosis. *Circulation* 1993; 88:2156-62.
12. Haskell WL, Lee I, Pate LL, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, *et al.* Physical Activity and Public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007; 116(9):1081-93.
13. Lebrão ML, Laurentini R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras de Epidemiol* 2005; 8(2):127-41.
14. Fernandes MGM, Souto MC, Costa SFG, Fernandes BM. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. *Rev Bras de Ciências da Saúde* 2009; 13(2):13-20.
15. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população brasileira. 2000. [Acesso em 2012 out 10]; Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao/populacao/metodologia.pdf>>.
16. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos avançados* 2003; 17(49): 35-63.

17. Ministério da Previdência Social, Secretaria da previdência social. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Estudos, Coleção previdência social 2008; v 28; Brasília DF.
18. Lima CRV. Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência para idosos no Distrito Federal. [tese] Brasília. [Internet] [acesso em 2012 out 18]; Biblioteca digital, câmara dos deputados; 2011. Disponível em: <HTTP://bd.camara.gov.br>
19. Ministério da Saúde (MS). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série pactos pela saúde 2006, v 12; Brasília DF.
20. Ministério da Saúde (MS). Portaria no. 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [acesso 2012 out 18]. Disponível em <http://www.ciape.org.br/PoliticaPIIdosa2528.pdf>
21. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiando MSZ, Filizola CLA, Filho JFP, Santos AA. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários; 2008.
22. Teixeira INDO. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [dissertação]. Campinas (SP): Programa de Pós Graduação em Gerontologia/UNICAMP; 2006.
23. Sampaio LS, Neto DGS, Reis LA, Lauton MAR, Reis LA, Santos AO et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. Rev Bras Geratr Gerontol 2009; 12(2):267-274.
24. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Triore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida de idosos. Rev Psiquiatr 2006; 28(1):27-38

25. Berquó E, Baeninger R. Os idosos no Brasil: considerações demográficas. Textos NEPO/UNICAMP 2000; 37:25-65.
26. Areosa SVC, Areosa AL. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. Rev Textos & Contextos 2008; 7(1):138-50.
27. Parahyba MI. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. Associação Brasileira de Estudos Populacionais; [Internet] 2006; [acesso em 2012 out 19]. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006>
28. Almeida IC, Guimarães GF, Rezende DC, Sette RS. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. In: XIII Seminários em administração; 2010.
29. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Borges-Yáñez A, De La Rosa B. Consumo de drogas médicas em população de 60 a 65 anos no México. Salud Publica Mex 1996; 38(6):458-65.
30. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad Saude Publica 2003; 19(3):717-24.
31. Ministério da saúde (MS). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel Brasil). Estimativas sobre frequência e distribuição sóciodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília DF; 2007.
32. Goulart D, Engraff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL et al. Tabagismo em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(2):313-20.
33. Mittelman C. Efeitos da atividade física na saúde mental do idoso: estudo de revisão de artigos científicos. [dissertação] Porto alegre: Universidade Federal do Rio Grande do sul; 2010.

34. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev Nutr Campinas 2009; 22(6):937-946.
35. Portugal S. Envelhecimento: um desafio ao futuro. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia; Universidade de Coimbra; 2008.

ANEXOS



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título Textos sobre Envelhecimento, fundado 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).

SUBMISSÃO DO ARTIGO

Os artigos devem ser submetidos de acordo com o estilo Vancouver, e devem ser observadas as orientações sobre o número de palavras, referências e descritores.

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.

ENSAIOS 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.

Forma e preparação de manuscritos

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 preparadas em folhas individuais e separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e sua localização no texto deve ser indicada. Preferencialmente, 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. 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 autoexplicativas 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. TESE E DISSERTAÇÃO

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:

(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.

Modelo da declaração

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

Envio de manuscritos

O manuscrito poderá ser submetido *on-line* ou encaminhado à revista, no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os autores e arquivo eletrônico do manuscrito, em Word.

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