

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

GABRYELLA STEPHANYE OLIVEIRA NASCIMENTO

MEDO DE QUEDA EM IDOSOS  
SUBMETIDOS À CIRURGIA DE CATARATA

BRASÍLIA  
2015

GABRYELLA STEPHANYE OLIVEIRA NASCIMENTO

MEDO DE QUEDA EM IDOSOS  
SUBMETIDOS À 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): Professora Dra Ruth Losada de  
Menezes

BRASÍLIA  
2015

GABRYELLA STEPHANYE OLIVEIRA NASCIMENTO

## MEDO DE QUEDA EM IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE CATARATA

Brasília, 25 / 06 / 2015

### COMISSÃO EXAMINADORA

Ruth Losada de Menezes

Profa. Dra. Ruth Losada de Menezes  
Faculdade de Ceilândia-Universidade de Brasília-UnB  
Orientadora

Juliana de Faria Fracon e Romão

Profa. Dra. Juliana de Faria Fracon e Romão  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel

Ms. Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel  
Ministério da Saúde-Brasil

***Dedicatória***

*Este trabalho é dedicado aos meus pais, Maria José de Oliveira Nascimento e Alexandre Magno Ribeiro Nascimento, que sempre acreditaram em mim, me deram forças e me ensinaram que tudo aquilo que eu penso ter posso perder, menos o conhecimento adquirido através das escolhas que fiz para alcançá-lo.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço ao maior responsável por todos esses anos de UnB, que foi DEUS, que ousou me colocar onde era de sua vontade e confiou a mim essa responsabilidade, estando junto em todos os momentos de fraqueza e sentimentos de desistência. Aos meus pais que se esforçaram tanto, fazendo às vezes o impossível para me manter aqui e concluisse com sucesso essa graduação, me dando todo o suporte necessário e superando cada crise de choro, indignação, tristeza e desespero ao longo desses anos. Ao meu irmão que mesmo sem compreender a grandiosidade das barreiras que enfrentamos na graduação, me apoiou a nunca desistir. Aos docentes da universidade que proporcionaram a partilha de conhecimento e amor a profissão. Em especial a minha orientadora Ruth Losada pela paciência e dedicação nos momentos de aflição e prazos a cumprir. Aos preceptores de estágio Renato Valduga por sua paciência, Darlan Newenberg, Guilherme Pacheco pela presença firme em tardes frenéticas de pronto socorro. A Thais Borges que soube respeitar e trabalhar meu medo na equoterapia e que se tornou parceira de vida. A Júlia de Moura que participou e contribuiu para um novo querer bem a pediatria. As minhas ilustres e maravilhosas amigas de estágio e de vida do melhor grupo que já estive inserida nessa caminhada de aprendizagem: Ana Clara Veloso, Elaine Cavalcante, Renata Bomfim, Lorena Noble que rechearam meus últimos semestres de alegria com a companhia diária, tornando a sobrevivência de estagiária mais empolgante, leve e divertida. A minha xará Gabriela Martins que me acompanhou desde os primeiros passos dentro dessa Universidade e que me fez crescer e amadurecer junto de cada situação apresentada, com carinho. Aos meus amigos de fora da UnB que souberem compreender mesmo que contrariados às vezes as minhas ausências, os meus surtos e tristezas e mesmo assim não se afastaram. Agradecer a inúmeros pacientes que se tornaram lição de vida em diversos aspectos inclusive na alegria de viver mediante tantas dificuldades impostas pelas condições de saúde apresentadas de diversas formas e nas diferentes gravidades. E por fim agradecer o CNPq por financiar a pesquisa.*

### Epígrafe

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”*

*Carl Jung.*

## RESUMO

**Introdução:** Quedas em idosos representam um problema de saúde pública. Idosos com comprometimento visual se exercitam menos devido ao medo de cair levando a alterações no equilíbrio, postura, depressão, ansiedade e isolamento social. O presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto da cirurgia de catarata na ocorrência e no medo de quedas em idosos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, realizado entre 2011 e 2012, com idosos  $\geq 60$  anos, de ambos os sexos, que tinham catarata bilateral e estavam na lista de espera de dois hospitais públicos do Distrito Federal para cirurgia do primeiro olho. O medo de queda foi avaliado através da Falls Efficacy Scale-international (FES-I). **Resultados:** Participaram do estudo 19 idosos com idade média de 70,42 anos ( $\pm 4,56$ ), todos foram avaliados individualmente em dois encontros antes da cirurgia e após 12 meses. O medo de quedas variou de 17 a 45 pontos na Av1 e na Av2 de 15 a 35 pontos. Houve diminuição na pontuação média na FES ao longo de doze meses após a cirurgia de catarata, AV1 de 25,78 ( $\pm 9,12$ ) para AV2 de 21,36 ( $\pm 6,24$ ). Indicando uma diminuição do medo de cair. **Conclusão:** Com a cirurgia de catarata foi observada melhora da autoeficácia e diminuição do medo de cair entre os idosos, no entanto outros fatores devem ser considerados ao medo de cair: piores condições de saúde, depressão, diminuição do convívio social e vida sedentária.

**Palavras chave:** Medo de quedas, Acidentes por quedas, Idosos, Catarata, Fisioterapia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Falls in older people represent a public health problem, elder with visual impairment do less exercise because of the fear of falling, leading to changes in the balance, posture, depression, anxiety and social isolation. This study aims to assess the impact of cataract surgery in the occurrence and fear of falls in the elderly. **Methodology:** It is a prospective longitudinal study, conducted between 2011 and 2012 with elderly  $\geq 60$  years, of both sexes, who had bilateral cataract and were on the waiting list of two public hospitals in the Distrito Federal for the first eye surgery. Fear of falling was measured by Falls Efficacy scale- International ( FES-I). **Results:** The study included 19 elders with an average age of 70,42 years ( $\pm 4,56$ ), all were individually evaluated in two meetings before surgery and after 12 months. Fear of falls ranged from 17 to 45 points in AV1 and AV2 ranged 15-35 points. There was a decrease in the average score in FES over twelvemonths after cataract surgery, AV1 of 25,78 ( $\pm 9,12$ ) to AV2 of 21,36 ( $\pm 6,24$ ), indicating a decreased fear of falling. **Conclusion:** With the cataract surgery was observed improvement in self-efficacy and decreased in the fear of falling among older, however others factors should be considered about the fear of falling: poorer health, depression, decreased social interaction and sedentary lifestyle.

**Keywords:** Fear of falls, Accidental falls, Elderly, Cataract , Physiotherapy.



## SUMÁRIO

1-LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	11
3-INTRODUÇÃO.....	12
4-OBJETIVOS .....	14
4.1 -OBJETIVO GERAL.....	14
4.2 -OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
5-MATERIAIS E MÉTODOS OU METODOLOGIA.....	15
6-RESULTADOS.....	18
7-DISCUSSÃO .....	21
8-CONCLUSÃO .....	25
9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
10-ANEXOS .....	30
ANEXO A –NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	30
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÈTICA EM PESQUISA.....	38
11-APÊNDICES.....	39
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	39
APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO.....	41

## **1-LISTA DE ABREVIATURAS**

AV1 – Avaliação 1

AV2 – Avaliação 2

FEPECS - Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FES-I – Falls Efficacy scale - international

HB- Hospital de Base

HRT- Hospital Regional de Taguatinga

MEEM- Mini exame do estado mental

OMS – Organização Mundial da saúde

UnB- FCE Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia

## **2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

Tabela 1 – Itens da escala FES-I, Brasília, Distrito Federal, 2015

Tabela 2 – Dados demográficos da população estudada. Brasília, Distrito Federal, 2015

Tabela 3 – Relato de queda nos últimos 12 meses. Brasília, Distrito Federal, 2015

Tabela 4 Pontuação da FES-I da população avaliada. Brasília, Distrito Federal, 2015

### 3-INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser visto como um processo natural, onde há uma progressiva redução de reserva funcional. Quando se trata de um processo normal, sem agravos, não há qualquer complicação. Porém em situações adversas, inúmeros comprometimentos podem vir a surgir afetando a saúde dos idosos como um todo<sup>1</sup>.

Nesse contexto torna-se necessário a busca por conhecimentos e informações a respeito dos riscos e complicações que surgem nessa faixa etária, da terceira idade. Dentre tantos temos a queda. Menezes<sup>2</sup> define queda como um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.

As quedas nos idosos são consideradas um grande problema de saúde pública, em se tratando de sua incidência, complicações apresentadas e custos ao sistema de saúde<sup>3</sup>. Esses agravos estão associados às perdas da autonomia e da independência do idoso por estarem diretamente relacionados a fraturas, traumas, dor, incapacidades e perda da confiança<sup>4</sup>.

Um terço da população acima de 60 anos de idade cai pelo menos uma vez a cada ano, aumentando essa proporção para mais da metade em idosos acima dos 85 anos de idade que vivem na comunidade, e ainda mais para aqueles que vivem em instituições de longa permanência<sup>5</sup>.

Na população idosa em geral os fatores principais que acarretam mais riscos, em se tratando dos intrínsecos, para quedas são: a idade avançada, o sexo feminino, incapacidade funcional, deficiência no equilíbrio, distúrbios na

marcha, aptidão física considerada baixa, força muscular reduzida, hipotensão postural, baixa acuidade visual, comprometimentos cognitivos e polifarmácia<sup>6</sup>. Além desses temos o próprio medo de queda como um fator predisponente para tal acontecimento.

Segundo Menezes e Bachion<sup>7</sup> entre os fatores extrínsecos, temos os perigos ambientais e também o uso de calçados inadequados.

De acordo com Lopes et. al.<sup>8</sup> o medo de cair pode ser definido como um sentimento de inquietação perante a sensação de um perigo existente, aparente ou imaginário de quedas. De acordo com Gillespie e Friedman<sup>9</sup> o tema "medo de cair" pode ser comparado com um ciclo vicioso que começa com o risco de quedas, déficits de mobilidade e equilíbrio, medo de cair e declínio funcional, o que leva ainda a mais medo.

Idosos que possuem algum comprometimento visual são menos propícios a se exercitar devido ao medo de cair, o que leva à alteração do equilíbrio e controle postural, diminuição da mobilidade, à depressão, à ansiedade e ao isolamento do convívio social<sup>10</sup>.

O sistema sensorial, em particular a visão, é um dos principais sistemas que sofrem alterações pelo impacto do envelhecimento fisiológico<sup>5</sup>. A catarata é uma causa importante da diminuição da função visual em idosos sendo responsável por 48% da cegueira mundial, o que representa cerca de 18 milhões de pessoas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>5</sup>.

Macedo et.al<sup>11</sup> definem a catarata como qualquer opacidade do cristalino que difrate a luz levando a efeitos negativos na visão. Romani<sup>12</sup> destaca que a catarata tem como principais sintomas a sensação de estar com a visão

“nublada”, a diminuição na acuidade visual, além também de uma redução na percepção de profundidade, alteração na definição das cores e uma elevada sensibilidade a claridade.

De acordo com Pêsoa<sup>13</sup> o déficit visual compromete a realização da tarefa e a participação do idoso, principalmente na execução das atividades cotidianas e a restrição da participação social. Estudos consideram a cirurgia de catarata uma grande ferramenta para o retorno de idosos a uma vida mais ativa, saudável e conseqüentemente com maior funcionalidade e melhora na qualidade de vida, onde há uma diminuição do medo de quedas e de quedas recorrentes.

São escassas as informações acerca do impacto da cirurgia de catarata no medo de quedas de idosos fazendo-se necessário a realização de novas pesquisas a fim de se conhecer melhor esta relação.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o impacto da cirurgia de catarata no medo de quedas em idosos.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Traçar o perfil demográfico dos idosos investigados;

Conhecer a ocorrência de quedas em idosos antes e depois da cirurgia de catarata;

Avaliar o medo de quedas em idosos antes e depois da cirurgia de catarata.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional com delineamento prospectivo, que foi realizado no Distrito Federal, Brasil e que faz parte de um estudo matriz intitulado 'Impacto da cirurgia de catarata na ocorrência de quedas e nos aspectos multidimensionais de saúde: estudo longitudinal de idosos no Distrito Federal'.

A população estudada foi composta por idosos comunitários ( $\geq 60$  anos) de ambos os sexos e capazes de deambular. A amostra de conveniência contou com 19 idosos que foram selecionados e avaliados entre Dezembro/2011 a Dezembro/2012.

Foram adotados critérios de exclusão que podiam interferir no desempenho dos testes físicos e/ou entrevistas propostos para o estudo matriz como o diagnóstico clínico ou déficit cognitivo grave sugestivo de Demências (MEEM $<17$ ), que foi aplicado no momento da entrevista individual, Doença de Parkinson, Acidente Vascular Encefálico, correção cirúrgica de Catarata em um olho e autorrelato positivo de Diabetes há mais de cinco anos.

Os idosos com catarata bilateral foram recrutados das agendas para cirurgia de catarata do primeiro olho dos dois únicos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal habilitados para tal procedimento: Departamentos de Oftalmologia dos Hospitais de Base (HB) e do Hospital Regional de Taguatinga (HRT).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) (0153/2011) (Anexo B) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (Apêndice A). Após a aprovação do comitê de ética foi feita a seleção dos possíveis participantes nos locais acima já descritos através de panfletos, cartazes e posterior contato telefônico para esclarecimentos da pesquisa, convite para participação desta e agendamento prévio da avaliação na UnB-Campus Ceilândia.

Toda a coleta foi realizada individualmente com o idoso em dois encontros: o primeiro antes da cirurgia (AV1) e o segundo após 12 meses da cirurgia do primeiro olho (AV2), com tempo aproximado de 60 minutos cada. Os encontros com os idosos aconteceram na UnB/FCE.

O banco de dados foi organizado com a utilização de análise estatística descritiva utilizando Microsoft Office Excel.

Foram coletados, por meio de entrevista semiestruturada, os seguintes dados sociodemográficos: sexo e idade em anos. A queda foi autorelatada pelo idoso sendo feito o seguinte questionamento: "**O (a) senhor (a) sofreu alguma queda no último ano?**" na primeira avaliação, antes da cirurgia AV1. Após a cirurgia AV2, a ocorrência de quedas foi monitorada por meio de contato telefônico no intervalo de dois em dois meses até completar um ano após a cirurgia.

Instrumentos utilizados:



## Falls Efficacy Scale-international (FES-I)

Como parâmetro para avaliação a Falls Efficacy Scale-international (FES-I) foi empregada para avaliar o medo. A FES é uma versão adaptada e validada por Camargos<sup>14</sup> fundamentada em propriedades psicométricas. Ela é composta de questões sobre a preocupação com a possibilidade de queda ao realizar 16 atividades.

**Tabela 1: Itens da escala FES-I, Brasília, Distrito Federal, 2015**

---

Item 1: Limpando a casa

Item 2: Vestindo ou tirando a roupa

Item 3: Preparando refeições simples

Item 4: Tomando banho

Item 5: Indo as compras

Item 6: Sentando ou Levantando de uma cadeira

Item 7: Subindo ou descendo escadas

Item 8: Caminhando pela vizinhança

Item 9: Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão

Item 10: Atendendo ao telefone antes que ele pare de tocar

Item 11: Andando sobre superfície escorregadia

Item 12: Visitando um amigo ou parente

Item 13: Andando em lugares cheios de gente

Item 14: Caminhando sobre superfície irregular

Item 15: Subindo ou descendo uma ladeira

Item 16: Indo a uma atividade social

---

A pontuação máxima obtida é de 64 pontos e a mínima de 16 pontos, que indica um indivíduo sem qualquer preocupação de cair. Quanto maior a pontuação, maior a preocupação com a possibilidade de cair. O score é alcançado após o idoso preencher como se sente ao realizar as atividades propostas a cada item. Onde o 1: nada preocupado, 2: pouco preocupado, 3: muito preocupado e 4: extremamente preocupado, soma-se ao final e a nota é obtida.

Os dados coletados foram analisados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência). Foram adotados para análise e interpretação dos dados um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Para a estatística inferencial, foi utilizado o teste - T de Student pareado para a variável medo de queda. Comparando duas médias, da mesma população porém, em momentos diferentes.

## **6-RESULTADOS**

Participaram do estudo 19 idosos com média de idade 70,42 anos ( $\pm 4,56$ ), sendo 07 (sete) do sexo masculino com média de idade de 69,7 ( $\pm 4,95$ ) e 12 do sexo feminino com média de idade de 70,7 ( $\pm 4,84$ ). A idade variou de 63 (mínima) a 79 (máxima) anos.

**Tabela 2: Dados demográficos da população estudada. Brasília, Distrito Federal, 2015.**

Dados demográficos	Total	Média (DP)
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	12	70,7 ( $\pm 4,84$ )
<i>Masculino</i>	7	69,7 ( $\pm 4,95$ )
<b>Idade</b>		
<i>60 - 69 anos</i>	6	31,58%
<i>70 - 79 anos</i>	13	68,42%

No momento da AV1 6 idosos relataram episódios de queda no período de doze meses anteriores à avaliação e na AV2 somente três idosos relataram episódio de queda no período de dois meses. Os idosos que não responderam ao questionamento na AV1 não se lembravam de episódios de quedas, e na AV2 não foi possível o contato por telefone.

**Tabela 3: Relato de queda nos últimos 12 meses. Brasília, Distrito Federal, 2015.**

	AV1		AV2	
	Nº	%	Nº	%
<b>Queda últimos 12 meses</b>				
<i>Relatou queda</i>	6	31,57%	3	15,78%
<i>Não relatou queda</i>	11	57,89%	12	63,15%
<i>Não respondeu</i>	2	10,52%	4	21,05%

Ao analisar as pontuações obtidas na FES-I entre as avaliações, verificou-se na AV1 que os idosos apresentaram pontuação média para a

realização das tarefas diárias de 25,78 pontos ( $\pm 9,12$ ) e um ano após a cirurgia de catarata 21,36 pontos ( $\pm 6,24$ ). Na AV1 o medo de quedas variou de 20 a 45 pontos nos indivíduos do sexo feminino e entre 17 a 29 em indivíduos do sexo masculino. Na AV2 a variação foi de 15 a 35 para as mulheres e de 15 a 20 para os homens.

Podemos associar a diferença de notas entre os sexos ao fato de a média de idade feminina ser maior do que a média de idade masculina, o que é um agravo para as quedas e para o aumento de suas recorrências. Além também da quantidade maior de mulheres do que homens na amostra do presente estudo

**Tabela 4: Pontuação da FES-I da população avaliada. Brasília, Distrito Federal, 2015.**

	AV1	AV2	Valor de P
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Nota Total FES</b>	25,78 ( $\pm 9,12$ )	21,36 ( $\pm 6,24$ )	0,043 *
<b>Feminino</b>	28,91	23,75	
<b><i>Nota mais baixa</i></b>	20	15	
<b><i>Nota mais alta</i></b>	45	35	
<b>Masculino</b>	20,42	17,28	
<b><i>Nota mais baixa</i></b>	17	15	
<b><i>Nota mais alta</i></b>	29	20	

\*Teste T de Student pareado

Houve diminuição na pontuação média da FES ao longo de doze meses após a cirurgia de catarata indicando uma diminuição na preocupação com o medo de cair.

## **7- Discussão**

O envelhecimento se apresenta de forma dinâmica, progressiva e é acompanhado de inúmeras modificações funcionais, físicas e emocionais resultando numa decadência da reserva funcional que prejudica amplamente os sistemas vitais para o funcionamento do corpo<sup>8</sup>. O déficit visual nos idosos é um fator extremamente importante e é associado à dificuldade de realização das atividades cotidianas, o que leva a uma diminuição da qualidade de vida.<sup>15</sup>

Estudos estimam que 30% dos idosos que caem, sofrem lesões e que as quedas são a principal causa de morte por lesão, não intencional em pessoas com 60 anos, ou mais. A sua incidência aumenta progressivamente com a idade e as mulheres têm maior propensão<sup>16</sup>.

No estudo de Aguiar<sup>1</sup> realizado a partir da análise de prontuários de idosos do Núcleo de atenção ao idoso do estado do Rio de Janeiro para conhecer o perfil da população idosa que cai, foi verificada a predisposição elevada de quedas nos idosos com 60 anos ou mais, com deficit visual e possuindo 4 ou mais comorbidades.

De acordo com Perracini<sup>17</sup> uma das formas de se prevenir a queda é buscar na comunidade os idosos que tem maior predisposição a quedas, e inseri-los em programas preventivos multidisciplinares. Esses idosos seriam os

maiores beneficiados pelo trabalho de triagem de riscos intrínsecos e extrínsecos a que estiverem expostos.

Podemos citar como opções para prevenção de quedas os programas de treino de equilíbrio e força muscular, programas voltados para orientação e educação e programas que buscam promover modificações no ambiente cotidiano do idoso<sup>18</sup>.

De acordo com Dias et. al.<sup>19</sup> o déficit visual pode influenciar no risco de quedas por um mecanismo direto, fornecendo menos pistas para alertar aos idosos sobre potenciais riscos no caminho, no ambiente doméstico e em locais de trabalho com iluminação escassa.

Idosos com comprometimento visual comportam-se de forma diferente quando aparece um obstáculo no seu percurso. Eles focam o obstáculo e transferem toda a sua atenção para a maneira como vão ultrapassá-lo, deixando de ter atenção no que estão a fazer, neste caso, deixando de ter atenção à marcha, o que provoca um aumento do risco de queda<sup>20</sup>.

No estudo de Ivers et al.<sup>21</sup> que investigou a relação do déficit visual e das quedas em idosos de comunidade, encontrou que a baixa acuidade visual está estritamente relacionada com o evento de uma ou mais quedas dos idosos. Quanto mais baixo o nível de acuidade visual mais riscos de queda eles apresentam.

O que corrobora com nosso estudo onde percebemos que o deficit visual estava intimamente ligado ao valor elevado alcançado no score da escala FES-I na AV1, antes da cirurgia e na AV2 após a cirurgia do primeiro olho.

Segundo Fabricio, Rodrigues e Costa Junior<sup>22</sup> o medo após o acontecimento de uma queda pode trazer também o medo de novos episódios de quedas, juntamente com o medo de se machucar, de internações hospitalares, de uma diminuição na condição atual de saúde e de uma possível dependência futura como consequência inerente da queda como a necessidade de cuidados de terceiros para a realização de suas atividades de vida diárias AVD's e atividades instrumentais de vida diária AIVD's.

Todo esse sentimento de insegurança pode acarretar mudanças emocionais, psicológicas e até mesmo sociais contribuindo para a perda de autonomia e independência na vida cotidiana e diminuição da participação social e sentimento de fragilidade.

Nos achados do estudo de To KG et al<sup>23</sup> que foi um dos primeiros a analisar a importância da cirurgia de catarata em relação ao número de quedas, seguidas de lesões no Vietnã. Foram avaliados 312 idosos onde 119 fizeram somente a cirurgia do primeiro olho e 193 operaram os dois olhos. Foi encontrada uma diminuição significativa nas quedas de 78% para pacientes que fizeram a cirurgia do primeiro olho e de 83% dos idosos que operaram bilateralmente se comparado ao período de 1 ano antes da cirurgia.

Em nossa pesquisa podemos perceber a redução pela metade dos relatos de queda nos idosos antes da cirurgia do primeiro olho e após a cirurgia.

Foss et.al.<sup>24</sup> que avaliou 239 mulheres que haviam sido encaminhadas para a cirurgia de catarata e fez o acompanhamento das quedas através de um diário que era preenchido pelos idosos e relatado aos avaliadores de 3 em 3

meses com os episódios de quedas apresentados, obteve resultados conflitantes a respeito dessa influência, observando diminuição da prevalência de quedas após a cirurgia do primeiro olho, porém sem diferenças significativas após a cirurgia do segundo olho.

No estudo de Brannan et. al<sup>25</sup> com 84 pacientes que estavam na fila para cirurgia de catarata de um departamento de oftalmologia foram entrevistados com perguntas objetivas sobre seu ambiente junto a família, se eram capazes de andar, usar o banheiro, subir e descer escadas, se em casa haviam tapetes, como era a iluminação de suas residências, enfim características ambientais que pudessem predispor a quedas. Além de questionados a respeito de medicações em uso e episódios de queda anteriormente.

Do grupo 37% caíram antes da cirurgia, em sua maioria mulheres e após a cirurgia apenas 19% desses voltaram a cair, porém 2 tiveram queixas médicas como vertigem e entorse de tornozelo como motivos da queda. Esse estudo também concluiu que a cirurgia de catarata é eficaz na diminuição de quedas em idosos predisponentes.

Com o presente estudo podemos salientar que o medo de queda está intimamente ligado ao elevado número de quedas e suas demais complicações. Torna-se importante salientar que existem outros fatores que contribuem para a ocorrência de queda nos idosos, e que não foram abordados nesta pesquisa. A cirurgia de correção de catarata constitui-se em importante intervenção para prevenção de quedas em idosos e auxilia na retomada da independência e convívio social dessa população. Embora o tamanho amostral



deste estudo seja reduzido, os resultados encontrados servem para instigar e nortear novas pesquisas para a melhor compreensão do medo de quedas em idosos.

## **8 – Conclusão**

Podemos salientar que o medo de quedas está intimamente ligado ao número de quedas e suas complicações. Existem inúmeros outros fatores que contribuem para a ocorrência de quedas, porém que não foram abordados nesse estudo. Percebemos que a cirurgia de catarata é uma importante intervenção para a prevenção de queda em idosos.

Para o medo de queda, foi observada diminuição significativa da pontuação obtida nos diferentes momentos.

Com o avanço da idade e o incremento de doenças crônico-degenerativas, como a catarata, o idoso reduz sua reserva funcional, o que desencadeia um sentimento de fraca autoeficácia e de medo de cair. Com a correção da catarata o medo de cair demonstrou tendência a diminuir, porém torna-se importante destacar que o medo de cair pode estar também associado a outros fatores, como: piores condições de saúde, depressão, diminuição do convívio social.

## 9 – Referências Bibliográficas

- 1- Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. *Ver Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 3(12): 9-20.
- 2- MENEZES, Ruth Losada; Bachion, Maria Márcia. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.13, n.4, pp. 1209-1218.
- 3- Harwood RH, et al. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol* 2005; Jan; 89 (1): 53-9.
- 4- Rocha L, et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc Anna Nery* (impr.) v.14 n.4; 2010; p.690-696, out-dez.
- 5- Patten C, Craick RL. Alterações sensoriomotoras e adaptação no idoso. In: Guccione AA, editor. *Fisioterapia geriátrica*. 2<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 73-102,2002
- 6- Nevitt MC, et al. Falls in the elderly: risk factors and prevention. In: MASDEU, J. C.; SUDARSKY, L.; WOLFSON, L.; (edit.). *Gait disorders of aging. Falls and Therapeutic strategies*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers;1997; p.13-36.
- 7- Menezes, R. L. & Bachion, M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4): 2008; p.1209 1218.
- 8- Lopes KT1, et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco

- e histórico de quedas. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 13, n. 3, mai./jun. 2009; p. 223-9.
- 9- Gillepsie SM, Friedman SM. Fear of falling in new long-term care enrollees. J Am Med Dir Assoc. v.8, n.5;2007; p.307-13.
- 10-Campbel AJ, et al. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > or = 75 with severe visual impairment: the VIP trial. BMJ.2005; v.331 (7520):817.
- 11-Macedo BG, et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v.11.n.2;2008; p.419-432.
- 12-Romani FA. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. Arq Bras Oftalmol.v. 68 n.5; 2005; p.649-55.
- 13-Pessôa, Glauciane Augusto. Perfil de funcionalidade de idosos em lista de espera para cirurgia de catarata. 2013. 52 f. Monografia (Bacharelado em Fisioterapia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- 14-Camargos FFO. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale-international: um instrumento para avaliar medo de cair em idosos. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- 15-Moura RN, et al.Quedas em idosos: fatores de risco associados. Gerontologia. V.7 n.2; 1999; p.15-21.
- 16-Coleman AL, Binocular Visual-Field Loss Increases the Risk of Future Falls in Older With Women. Journal compilation: The American Geriatrics Society. v.55;2007; p.357-364.

- 17-Perracini MR. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos, BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) n.47 São Paulo abr. 2009.
- 18-Pena N, et al. Eficácia de um programa de dança para prevenir queda em idosos. Revista Baiana de saúde pública v.32, n.2, maio/ago, 2008;p.168-176
- 19-Dias RC, et al. Visão funcional e quedas no idoso: uma revisão da literatura Geriatria & Gerontologia.; 2(1):2008; p.25-31.
- 20-Luiz LC, et al. Associação entre deficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. Revista Brasileira de fisioterapia. V.13, n.5; Setembro/Outubro; 2009; p. 444-50.
- 21- Ivers RQ, et al. Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. J Am Soc Geriatr 1998 janeiro; 46 (1): 58-64.
- 22-Fabricio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e Conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde. Pública v. 38 n. 1; 2004; p. 93-9.
- 23-To KG, et al. longitudinal cohort study of the impact of first- and both-eye cataract surgery on falls and other injuries in Vietnam, Clinical Interventions in Aging. Apr 2014; 28;9:743-51.
- 24-Foss AJ, et al. Falls and health status in elderly women following second eye cataract surgery: a randomised controlled trial. Age Ageing.;35 (1):2006;p.66–71.

25- Brannan S.et al. A prospective study of the rate of falls before and after cataract surgery, Br J Ophthalmol ;87:2003 ;p.560–562.

## 9- Anexos

### ANEXO A- NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

**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 encontram determinados 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 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 Clínico 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 – PeerReview:** 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 (peerreview) 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. *RevLatAm 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, VeggiAB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: RelumeDumará; 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 nov2]; 8(3). Disponível em URL: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso](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: <\[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa. pdf\]\(http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf\)>](http://www.unati.uerj.br/Documentos%20legais%20Brasil.%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%ADde.%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%ADde%20da%20Pessoa%20Idosa.%20Portaria%20n%C2%B0%202.528,%20de%2019%20de%20outubro%20de%202006.%20Bras%C3%ADlia%202006.%20[Acesso%20em%202008%20jul%2017].%20Dispon%C3%ADvel%20em%20URL%20%3C%20http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf%20%3E)

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](mailto:crderbgg@uerj.br) e [revistabgg@gmail.com](mailto:revistabgg@gmail.com)

## ANEXO B- PARECER DO CÔMITE 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



BRASILIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0153/2011

PROTÓCOLO 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

ALCER/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECs  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Parecer: 3325-955 – e-mail: capes@ses.df.gov.br  
SES-DF – Q. 501 – Bloco W – Brasília – DF – CEP: 7110-907  
BRASILIA – PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

## 10. APÊNCICES

### APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (G1 e G2)

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 e outras. 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-Campus 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 Ceilândia, 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: Ruth Losada de Menezes, na instituição Faculdade UnB Ceilândia (61) 3376-6042.

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 \_\_\_\_



## APÊNDICE B- FICHA DE AVALIAÇÃO

### Ficha de registro da *Falls Efficacy Scale-international* (FES-I) (CAMARGOS, 2007)

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque o quadradinho que mais se aproxima com sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.

		Nem um pouco preocupado 1	Um pouco preocupado 2	Muito preocupado 3	Extremamente preocupado 4
1	Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Vestindo ou tirando a roupa.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Preparando refeições simples.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Tomando banho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Indo às compras.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

6	Sentando ou levantando de uma cadeira.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Subindo ou descendo escadas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	Caminhando pela vizinhança.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10	Ir atender ao telefone antes que pare de tocar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	Visitando um amigo ou parente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	Andando em lugares cheios de gente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	Subindo ou descendo uma ladeira.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>