33/S6

VOLUME 33 - SUPLEMENTO 6
NOVEMBRO DE 2023
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

COGG
UNIBH

I CONGRESSO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DO UNIBH

Suplemento do I Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIBH

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE
Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS
CIRURGIA
Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA
Enio Roberto Pietra Pedroso
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Agnaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL
Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA
Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA
Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA
Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL
Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnio
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker
Organizaçao Mundial da Saúde
Genebra, SUIÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Universite de Montreal
Montreal - QC, CANADÁ

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carvalheiro
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saude - OMS
Genebra, SUIÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Kruel
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suiça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horionte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S6

EXPEDIENTE

EDITOR GERAL:
Agnaldo Soares Lima (FM/UFMG)

EDITOR ADMINISTRATIVO:
Alan Junio Brito Guimarães (Associação Médica de Minas Gerais)

INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS:
Associação Médica de Minas Gerais - AMMG UNIMED - BH

INDEXADA EM:
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
LATINDEX - Sistema Regional de Información em Línea para revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN:
Versão Impressa: 0103-880X
Versão eletrônica: e-ISSN: 2238-3182

Arquivada em:
Internet Archive
Biblioteca Nacional

Disponível em:
Site: www.rmmg.org
E nos sites da:
Associação Médica de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Portal de Periódicos CAPES

Início da Publicação:
v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Contínua

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão de manuscritos estão disponíveis em:
Submissão de Manuscritos (Orientações aos Autores)
Sobre a RMMG (Políticas e Normas de Publicação)

Submissão de artigos:
Sistema de Gestão de Periódicos "Scholar One":
https://mc04.manuscriptcentral.com/rmmg

Correspondências:
Revista Médica de Minas Gerais
Associação Médica de Minas Gerais
Av. João Pinheiro, 161
30130-183 - Belo Horizonte- MG - Brasil
Telefone: 55 - (31) 3247-1612 /
55 - (31) 3247-1680

Diagramação:
Museale - Serviços Gráficos e Culturais
www.museale.com.br

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S6

CARTA AO EDITOR

Ao Editor da Revista Médica de Minas Gerais

12 de Novembro de 2022

Prezado Editor,

Meu nome é Juliana Montijo Vasques, possuo Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, MG (1997). Sou Especialista em Geriatria pela SBGG (2002) e Mestre em Educação em Saúde pela Unifenas, MG (2022.

Docente da UniBH e Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte. Preceptora da Residência de Geriatria do Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte. Médica geriatria da PBH.

Possuo participações em Congressos e orientações de Artigos, Temas Livres e Pôsteres.

Venho por intermédio desta atestar a qualidade dos trabalhos que foram apresentados para a Revista Médica de Minas Gerais (RMMG).

Ressalto que todos os trabalhos foram avaliados por duas bancas, compostas por professores da instituição, na qual foram avaliados a pertinência do estudo, o cumprimento do método científico, ausência de plágio e de outras práticas danosas.

Os trabalhos abordam pesquisas em áreas da Geriatria e Gerontologia, visando informações sobre a prática clínica, qualificação do serviço de saúde e educação nesta área.

Juliana Montijo Vasques
Coordenadora do Iº Congresso de Geriatria e Gerontologia do UniBH

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S6

COMITÊ AVALIADOR

Marco Túlio Gualberto Cintra — Professor adjunto do departamento de clínica médica da UFMG

Paula Cristina Moreira Couras da Silva — Professora da pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRR

Marcela Silva Araújo Orsini — Preceptora do ambulatório de Geriatria do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Silvia Silveira Quintão Savergnini — Professora da Universidade do Estado de Minas Gerias (UEMG)

Elke Bromberg — Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Thaís Soares Vaz — Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

	PATROCINADOR	LOGO	PATROCÍNIO
1	Fibra Cirúrgica	FIBRA CIRÚRGICA	Cupom de 10% de desconto para todos os inscritos no evento (exceto Littmann)
2	Universidade paralela	UP UNIVERSIDADE PARALELA	5 camisas de curso sem frete incluso pelo site https://universidadeparalela.com.br
3	PsZerado	PS ZERADO	2 CURSOS: TOAVC - Treinamento Online de Acesso Venoso Central CAT - Curso de Atendimento ao Trauma.
4	Jaleko	JALEKO	-3 acessos cortesia de Jaleko Mensal para sorteio. -2 acessos cortesia de Jaleko Semestral para sorteio . -5 acessos cortesia de Jaleklínico Mensal para sorteio. -Cupom de desconto próprio do evento na compra do Jaleko. -Cupom de desconto de até 30% no Observership.
5	WeMEDS	wemeds	20 assinaturas premium de 1 mês + 08 de 3 meses
6	Dexpertio	DEXPERTIO	Duas inscrições para cada um desses cursos: Habilidades de pesquisa; Abordagem familiar na atenção primária; Abordagem cardiovascular na atenção primária; Gestão de agenda; Ferramentas essenciais para profissionais da Aps e Raciocínio clínico
7	Medicine Cursos	Medicine Cursos	Curso Geriatria na Prática Clínica
8	Medsimple	MEDsimple	1 mês de acesso à plataforma MEDsimple + 1 mês de close friends
9	Whitebook	WB WHITEBOOK Clinical Decision	3 códigos de acesso de 3 meses ao premium do Whitebook.

10	Aquarela Residencial Sênior	Aquarela Residencial Sênior	Patrocínio financeiro R$500,00
11	MedCel	MEDCEL Afya	-Acesso gratuito de 30 dias para todos os participantes do evento: MedSkil ou Aprenda de ECG de forma simples. - 1 acesso de 12 meses ao curso Extensivo Digital
12	Empório Materno	Empório Materno	Desconto de 10% a todas e todos os inscritos, além de um vale-compras de R$100,00 para que possam sortear durante o evento. Descontos não cumulativo
13	Estratégia MED	Estratégia MED	-30 dias de acesso ao Banco de Questões do Estratégia MED para TODOS os participantes no evento. -04 acessos ao Banco de Questões do Estratégia MED por 3 meses (SORTEIO). -Acesso gratuito a todos os participantes aos cursos: Curso Atualizações para Residência Médica e Revalida On-line, curso pr-e-internato; curso gratuito ENARE. Acesso concedido por meio de link direto ao curso. -Participação dos professores

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

RESUMOS

Resumo

A ATIVIDADE FÍSICA COMO FATOR DE MELHORA NA POSTURA E PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Cid Soares[1], Breno Abraão Ávila Vilela[2], Gustavo Machado Ribeiro[3], Higor Montalbini[4], Carlos Tostes Guerreiro[5].

1,2,3,4,5 Faculdade Atenas, Passos, MG-Brasil.
E-mail: cidsoares.cidsoares@gmail.com

Autor correspondente: Cid Soares. E-mail: cidsoares.cidsoares@gmail.com

Introdução: No cenário atual, o estado clínico de indivíduos da terceira idade exige uma nova abordagem em saúde, tendo em vista que o idoso se tornou mais ativo fisicamente.[1,2] Nesse sentido, é imprescindível analisar o impacto dos diversos tipos de atividade física na vida do idoso, a sua relação com a ascensão dos resultados na avaliação do equilíbrio e postura, de acordo com a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB),[3] e, consequentemente, a prevenção de quedas. **Objetivos:** Identificar as implicações da prática de exercícios físicos na melhora da postura e do equilíbrio, bem como a minimização do número de quedas em idosos. **Metodologia:** A coleta de dados para a presente revisão de literatura foi realizada mediante uma pesquisa nas seguintes bases de dados: PubMed; Geriatrics, Gerontology and Aging; Scielo; BVS, nas quais foram encontrados e lidos integralmente sete artigos. Para a seleção dos artigos científicos, os descritores adotados foram pesquisados no DeCS e, posteriormente, cruzados e combinados, com o intuito de obter uma delimitação para a pesquisa em pauta. **Discussão:** Em primeira análise, o número de quedas tende a aumentar com o envelhecimento do indivíduo.[4] Além disso, os diversos tipos de exercícios físicos, como: treinamento de força, dançaterapia, gameterapia e realidade virtual, Yoga e terapia aquática, quando realizados de maneira regular e planejada, possibilitam reduzir significativamente as taxas de queda na população idosa.[5] Dois estudos realizados com idosas investigaram o efeito da atividade física no equilíbrio corporal e demonstraram impacto positivo ao analisar e comparar os resultados da EEB antes e depois da realização das práticas corporais.[6,7] Para tanto, como resultado, torna-se possível constatar que a terceira idade é muito propícia à quedas, e, para intervir nessa problemática, os exercícios físicos auxiliam na melhora postural o que leva a uma redução nas quedas, comprovado mediante o instrumento EEB. **Conclusões:** Os efeitos da atividade física na vida dos indivíduos da terceira idade são notórios, haja vista a melhora da qualidade de vida dessa população e o aumento da expectativa de vida. Desse modo, cabe orientação e maior enfoque nas políticas públicas de saúde direcionadas a essa parcela da população.

Palavras-chave: Idoso. Exercício Físico. Escala de Equilíbrio de Berg.

Referências:

1. Salin MS, Mazo GZ, Cardoso AS, Garcia GS. Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011; 14(2):197–208.
2. Trost SG, Blair SN, Khan KM. Physical inactivity remains the greatest public health problem of the 21st century: evidence, improved methods and solutions using the '7 investments that work' as a framework. Br J Sports Med. 2014; 48(3):169-70.
3. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. Braz J Med Biol Res. 2004; 37(9):1411–1421.
4. Campbell AJ, Reinken J, Allan BC, Martinez GS. Falls in old age: A study of frequency and related clinical factors. Age Ageing. 1981; 10(4):264-270.
5. Muiños M, Ballesteros S. Does physical exercise improve perceptual skills and visuospatial attention in older adults? A review. European Review of Aging and Physical Activity. 2018; 15:2.
6. Nascimento MM. Fall in older adults: considerations on balance regulation, postural strategies, and physical exercise. Geriatr Gerontol Aging. 2019;13(2):103-110.
7. Albino ILR, Freitas CIR, Teixeira AR, Gonçalves AK, Santos AMPV, Bós AJG. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(1):17–25.

Resumo

A AUTONOMIA COMO DETERMINANTE DA INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ludmila Andrade Chaves Pena[1], Letícia Dias Lage[2], Rodrigo Pinto Lara[3].

1,2 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Contagem, MG, Brasil.
3 Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
Autor correspondente: Ludmila Andrade Chaves Pena. Email: lacpena@sga.pucminas.br

Introdução: O aumento global da expectativa de vida, associado à expansão da população idosa, levanta a pauta da qualidade do envelhecimento. Nesse sentido, urge discutir os direitos fundamentais do idoso, debatendo-se suas necessidades e a importância da manutenção da autonomia e da dignidade, mesmo em casos de terceirização das decisões por meio da curatela. **Objetivo:** Discutir a autonomia como um dos pilares da saúde integral do idoso, trazendo uma análise crítica para a limitação da tomada de decisões nos princípios do cuidado biopsicossocial e do processo de curatela. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura com base nas plataformas LILACS, Scielo, PubMED e BVS, além do Estatuto do Idoso e de jurisprudências. **Discussão:** O envelhecer digno é um direito humano fundamental, devendo ser prezado pela família, pela sociedade civil e pelo Estado. A autonomia é um determinante dos reguladores da existência e da qualidade de vida do idoso, influenciando a integridade, a proteção e a participação social, política e civil. Assim, o livre-arbítrio da autodeterminação é essencial para manter a identidade, a subjetividade, os princípios, as crenças e a liberdade da pessoa idosa. Por esse viés, a autonomia configura um dos parâmetros de avaliação do envelhecimento saudável, intrinsecamente ligado à capacidade funcional e aos aspectos subjetivos de cada indivíduo. Dessa forma, a integralidade da saúde do idoso está diretamente vinculada à manutenção da funcionalidade por meio da conservação da autonomia, extrapolando a perspectiva de saúde como apenas ausência de doenças ou de desordens fisiológicas. Entretanto, existem situações nas quais a autodeterminação se faz comprometida e o indivíduo torna-se incapaz de proferir seus desejos, sendo a curatela configurada como medida protetiva desse idoso, devendo jamais ter o objetivo de cerceamento de direitos, mas sim de garantia de cuidado, de dignidade e de segurança para o indivíduo. **Conclusão:** A avaliação correta da capacidade da pessoa idosa e das motivações envolvidas na solicitação de curatela é fundamental para que não ocorra a limitação de direitos nem a sobreposição de interesses, garantindo a integralidade da saúde.

Palavras-chave: Idoso. Autonomia. Direito. Saúde.

Referências

1. Souza LF. ACESSO À JUSTIÇA, CURATELA, DIREITO DE IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA DE DIREITOS BRASILEIRO [Monografia]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2018.
2. Braga LC. Fatores socioeconômicos associados a propositura de interdição em idosos: um estudo a partir dos processos de interdição e curatela em duas Varas de Famílias e Sucessões no Fórum Garavelo [Mestrado]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torta; 2021.
3. Maio IG. O envelhecimento e a capacidade de tomada de decisão: aspectos jurídicos de proteção ao Idoso. Revista Portal de Divulgação. 2018; (58): 13-25.
4. Schumacher AA, Puttini RF, Nojimoto T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social*. Saúde em Debate. 2013;37(97):281–93.
5. Paranhos DGAM. Análise da capacidade jurídica dos pacientes idosos no Brasil a partir do referencial dos Direitos Humanos. Cad Ibero-Amer. Dir. Sanit. 2020;9(4):156–70.
6. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid S, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. Revista Bioética. 2013;21(3):518–24.
7. Silva RMI. Aspectos socioeconômicos e demográficos: autonomia do idoso em gerir sua própria vida [Trabalho de Conclusão de Curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2022.
8. Machado I. CURATELA E TOMADA DE DECISÃO APOIADA (TDA) COM RELAÇÃO A PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE BIOÉTICA [Tese Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2022.
9. Fulgêncio I, Gonçalves JR. A CURATELA DA PESSOA IDOSA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS
10. NOS. Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros. 2020;11(41):45–58.

Resumo

A DESNUTRIÇÃO NO IDOSO ASSOCIADA A PROBLEMÁTICA DA SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO

Izabella Nolasco Malagoli Resende[1], Arthur Gonçalves de Souza e Silva[2], Tassiana Jeaninne Malagoli de Resende[3]

[1]Universidade Federal de Ouro Preto- UFOP; Belo Horizonte- MG, Brasil
[2]Universidade de Itaúna-UIT; Itaúna-MG, Brasil
[3]Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH; Unidade Paulista de Oftalmologia; São Paulo – SP, Brasil

Autor correspondente: Izabella Nolasco Malagoli Resende. E-mail: izabellanolascom@gmail.com

Introdução: O Brasil iniciou o processo de transição demográfica em 1980 e atualmente segue em ascensão o número da população idosa no país. Uma das principais preocupações em saúde com o idoso é a desnutrição, prevalente tanto em idosos autônomos, mas principalmente naqueles que possuem institucionalizados e hospitalizados. A terapêutica nutricional é o tratamento para os idosos desnutridos, entretanto se desajustada pode levar ao surgimento da síndrome de realimentação (SR), a qual pode ser fatal se não reconhecida e abordada adequadamente. **Objetivo:** Fornecer uma abordagem baseada em evidências para tornar efetiva a avaliação, diagnóstico e tratamento da SR frente a desnutrição do idoso, comorbidade subestimada e pouco reconhecida. **Metodologia:** O trabalho trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de fevereiro a março de 2023, através de pesquisas nas bases de dados Pubmed e Medline. Apresentará de forma descritiva o tema Desnutrição no idoso associada a problemática da síndrome de realimentação abordando o diagnóstico, prevenção e tratamento da comorbidade. **Discussão:** A desnutrição é uma das principais condições de saúde que afetam os idosos, sobretudo naqueles institucionalizados ou hospitalizados. Essa comorbidade está associada a baixa qualidade de vida, aumento da morbidade e da mortalidade. Em prol de evitar essas consequências é necessário realizar o aporte nutricional adequado a esses indivíduos. Todavia, quando a dieta oral, enteral ou parenteral ocorre de forma desajustada os idosos podem desenvolver a SR que se caracteriza por distúrbios hidroeletrolíticos, metabólicos e deficiência de vitaminas que levando a diversas manifestações clínicas, as quais podem ser fatais para o idoso. O plano terapêutico ideal para aqueles que possuem quadro de desnutrição seria rastrear precocemente os doentes em risco de desenvolver SR, monitorizar o idoso antes, durante e após a realimentação e por fim aplicar medidas profiláticas ou terapêuticas de reposição eletrolítica nos idosos com risco de desenvolver a comorbidade. **Conclusão:** Após a análise literária, observou-se quantidade limitada de estudos que abordam como tratar adequadamente a desnutrição de forma a prevenir, diagnosticar e tratar os idosos desnutridos que podem potencialmente desenvolver a SR. Dessa maneira, é de suma importância abordar sobre o tema para garantir um envelhecimento com autonomia, qualidade de vida e bem-estar.

Palavras-chave: Síndrome de realimentação. Deficiência de Proteína. Idoso.

Referências:

1. Ritchie C, Yukawa M. Geriatrica nutrition: Nutricional issues in older adults. UpToDate. 2019, Available from: https://www.uptodat.com/contents/geriatricnutrition-nutricional-issues-in-older-adults.
2. Organização Mundial da Saúde. Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, Suíça; Organização Mundial de Saúde; 2015; Available from: WHO/FWC/ALC/15.01.
3. Friedli N, Stanga Z, Sobotka L, Culkin A, Kondrup J, Laviano A, *et al.* Revisiting the refeeding syndrome: Results of a systematic review. Nutrition. 2017; 35:151-160.
4. Carvalho N, Coito M, Febre R, Gonçalves J, Gíria J. Relembrar o síndrome de realimentação: artigo de revisão. Revista Portuguesa de Cirurgia. 2008; 7:23-27.
5. Pourhassan M, Cuvelier I, Gehrke I, Marburger C, Modreker MK, Volkert D, *et al.* Risk factors of refeeding syndrome in malnourished older hospitalized patients. Clin Nut. 2018; 37(4):1354-1359.
6. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nut. 2008; 27(1): 5-15.
7. Viana LA, Burgos MGPA, Silva RA. Qual a importância clinica e nutricional da síndrome de Realimentação?. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2012; 25(1): 56-59.
8. Boland K, Solanki D, O'Hanlon C. IrSPEN Guideline Document No. 1: Prevention and Treatment of Refeeding Syndrome in the Acute Care Setting. Ireland: Irish Society for Clinical Nutrition & Metabolism; 2013.
9. Oliveira MVP, Buarque DC. Síndrome de Realimentaçãi em idosos: estudo de uma série de cinco casos. Geriatr Gerontol Aging. 2017; 11(1):18-24.
10. Friedli N, Stanga Z, Culkin A, Crook M, Laviano A, Sobotka L, *et al.* Mangement and prevention of refeeding syndrome in medical inpatientes : An evidence-based and consensus-supported algorithm. Nutrition. 2018; 47:13-20.
11. Khan L, Ahmed J, Khan S, MacFie S. Refeeding Syndrome: A Literature Review. Gastroenterology Research and Practice. 2011; 6p.
12. Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, Crook M. Refeeding syndrome: Treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. Nutrition. 2010; 26(2):156-167.

Resumo

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

Amanda Martinez Lafetá[1], Juliana Santi Sagin Pinto Bergamim[1], Ana Vitória Vobeto Pinto[1], Emilly Maria Borba Pires[1], Silvia Carolina Pereira de Souza[2].

1,2 Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá, Mato Grosso - Brasil. Autor correspondente: Amanda Martinez Lafetá. E-mail: amandalafeta2803@gmail.com

Introdução: A mudança no comportamento demográfico no Brasil e consequente aumento da proporção de idosos cria uma nova preocupação: a necessidade de promover envelhecimento ativo da população, uma vez que 84% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos são dependentes para realizar atividades de vida diária. O envelhecimento é um processo contínuo que progride com declínio progressivo dos processos fisiológicos. Adotando-se um estilo de vida ativo e saudável torna-se possível retardar as alterações morfofuncionais que ocorrem com a idade[1,2]. **Objetivos:** Demonstrar a importância da prática de exercícios físicos para o envelhecimento ativo. **Metodologia:** Trata-se de revisão de literatura, através de busca de artigos científicos no banco de dados do Scielo e Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs. Realizada entre 02 e 19 de março de 2023 utilizando os termos: idoso, exercício físico, qualidade de vida. **Discussão:** As principais limitações que desabilitam o idoso, comprometendo sua autonomia e independência são causadas pelo sedentarismo e poderiam ser prevenidas pela prática de atividade física diária com exercícios de treinamento de equilíbrio, caminhadas e exercícios de força. As atividades cotidianas são exemplos de como a aptidão motora determina a condição funcional do idoso, comprovando que treinamento resistido é eficiente para aumentar a força muscular, a densidade óssea e a flexibilidade de idosos, além de proporcionar equilíbrio emocional e integração social[3,4,5]. **Conclusão:** Dessa forma, não há dúvidas de que a prática de exercícios físicos seja benéfica ao envelhecimento, uma vez que conserva a capacidade de realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, diminuindo o risco de institucionalização e promovendo maior qualidade de vida. Assim, cabe ao governo em seus diferentes níveis, as instituições médicas e científicas, as entidades não governamentais e a mídia devem divulgar o conceito de que a atividade física com prática regular e orientada é essencial para a promoção da saúde do idoso e as ações devem ser desenvolvidas de forma objetiva para que se concretize.

Palavras-chave: Idoso. Exercício Físico. Qualidade de Vida.

Referências:

1. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM, *et al.* Posicionamento oficial da sociedade Brasileira de medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. Rev Bras Med Esporte.1999; 5(6):207–11.
2. Alencar NA, Souza Júnior JV, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. Fisioter Mov. 2010;23(3):473–81.
3. Jacob Filho W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. BIS. Boletim do Instituto de Saúde. 2009; 47: 27-32.
4. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, *et al.* Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. Medicine (Baltimore). 2019; 98(27):e16218.
5. Eckstrom E, Neukam S, Kalin L, Wright J. Physical Activity and Healthy Aging. Clin Geriatr Med. 2020; 36(4):671-683.

Resumo

A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO ABDOME AGUDO EM IDOSO FRÁGIL: RELATO DE CASO

Fernanda Santos Fendler[1], Flávia Cristina Barbosa Carneiro[1], Julie Caldeira Gatti[1], Maria Luiza Friche Passos Ferreira[1], Rafael Henrique Rodrigues Costa[2]

[1] Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG-Brasil.
[2] Hospital Evangélico de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG-Brasil.

Autor correspondente: Fernanda Santos Fendler. E-mail: fernandasfendler@gmail.com

Introdução: Aneurisma de Artéria Ilíaca (AAI) não roto pode ser causa de abdome agudo obstrutivo, caso comprima estruturas circundantes. Na maioria das vezes é assintomático, dificultando o diagnóstico precoce. Em relação à escala de fragilidade clínico-funcional aplicada nos pacientes idosos, observa-se que ela os atribui a cinco diferentes categorias: robusto, em risco de fragilização, frágil com alto potencial de melhora funcional, frágil com baixo potencial de melhora funcional e frágil em fase final de vida. Este último apresenta alto grau de dependência funcional e sua perspectiva de vida estimada é menor do que seis meses. Os Cuidados Paliativos (CP) podem ser definidos como o manejo da saúde oferecido de forma ativa e integral aos portadores de doença grave, progressiva e/ou que ameace a continuidade da vida; e também para seus familiares. **Descrição do caso:** Idoso, 92 anos, frágil em fase final de vida, dependente nas Atividades de Vida Diária, múltiplas comorbidades, chegou ao pronto atendimento hospitalar com quadro de abdome agudo obstrutivo. Os sinais e sintomas apresentados foram cólica, náusea, vômito fecalóide e parada de eliminação de flatos e fezes. Na TC, apresentava obstrução de sigmoide causada por AAI interna bilateral. Sem indicação de tratar o aneurisma, realizou-se colostomia e traqueostomia. Paciente encaminhado para CP. Após 2 meses, em decorrência de infecção urinária, evoluiu a óbito. **Discussão:** Ao se tratar de procedimentos cirúrgicos em pacientes idosos frágeis, deve-se levar em consideração a vulnerabilidade ao estresse agudo devido à redução das reservas fisiológicas advindas do processo de envelhecimento. A introdução dos CP iniciada após a realização dos procedimentos cirúrgicos vai de encontro com o princípio desta área que visa a prevenção e o alívio do sofrimento. Desta forma, os CP deveriam ter sido introduzidos no início do tratamento do paciente, contribuindo ativamente na propedêutica estabelecida. **Conclusão:** No contexto dos CP, é comum deparar-se com a impossibilidade da cura. Consequentemente, é imprescindível a abordagem multiprofissional de forma precoce, focando nas necessidades dos pacientes e de seus familiares. Estas visam o alívio da dor, proporcionando mais bem-estar, além de orientação sobre a valorização da vida e do entendimento da morte como condição natural.

Palavras-chave: Aneurisma ilíaco. Abdome agudo. Idoso fragilizado. Cuidados paliativos.

Referências:

1. Cintra MTG, Guimarães FF, Souza CT, Luz FST, Murta ED, Bicalho MAC, *et al.* Fragilidade de idosos atendidos em ambulatório de geriatria segundo a escala visual de fragilidade. Geriatrics, Gerontology And Aging. 2019;13(1):17-23.
2. Joviliano EE, Vieira D, Moreira LS, Casas ALF. Tratamento endovascular de aneurisma isolado bilateral de artéria ilíaca interna. J Vasc Bras. 2019; 18:e20180115.
3. Moraes EM, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A NEW PROPOSAL FOR THE CLINICAL-FUNCTIONAL CATEGORIZATION OF THE ELDERLY: VISUAL SCALE OF FRAILTY (VS-FRAILTY). J Aging Res Clin Practice. 2016; 5(1):24-30.
4. Neves TMA, Marques AM, Correia MG, Querido A, Marques AA. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos: análise de um hospital central português. Revista de Enfermagem Referência. 2022; VI(1):e21041.

Resumo

ABORDAGEM E CUIDADOS PALIATIVOS NA ATROFIA DE MÚLTIPLOS SISTEMAS

Marcelle Del Santo Pedro[1], Victor Taranto Polizel[1], Flávia Lanna Moraes[1]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Marcelle Del Santo Pedro. E-mail: marcelleds@ufmg.br

Introdução: A Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS) é uma doença neurodegenerativa, progressiva e incurável, com uma sobrevida média de 9 anos após o diagnóstico. É uma variante rara da Doença de Parkinson, com prevalência de 3,4 a 4,9 casos por 100.000 habitantes, atingindo 7,8 em 100.000 maiores de 40 anos. Por tratar-se de uma doença inevitavelmente fatal, o cuidado paliativo é parte fundamental do tratamento desses pacientes. **Descrição do caso:** Trata-se de uma paciente de 66 anos portadora de AMS, em acompanhamento por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte. A idosa relatava início dos sintomas motores de Parkinsonismo, como lentidão de movimentos, rigidez e tendência à queda, em 2017 com evolução rápida e progressiva do quadro, culminando em imobilidade grau II, estratificação funcional 9, disfagia, incontinencia urinária e hipomímica facial, apesar de cognição e sensopercepção preservadas. À época em polifarmácia, dada a vasta gama de sintomas apresentados. Durante o acompanhamento da paciente, foi realizada a modificação do cuidado ambulatorial para domiciliar, visando a melhoria da qualidade de vida da paciente e de seus familiares, além da desprescrição e redução da dose de medicamentos com potencial de benefício limitado, que oneravam a prescrição, sem real impacto na qualidade de vida. **Discussão:** A AMS é uma doença neurodegenerativa autonômica progressiva, apresentando características parkinsonianas, cerebelares e piramidais em diferentes combinações, sendo classificada em subtipos de acordo com os sintomas predominantes. Possui prognóstico muito reservado e evolução incapacitante, devido à resposta precária à Levodopa, à inexistência de tratamento efetivo para ataxia e à ausência de outras opções terapêuticas modificadoras de doença. Neste caso, dado o avanço da doença, a multidisciplinaridade e o trabalho em rede, favorecendo a abordagem e o tratamento paliativo, mostraram-se como a melhor opção terapêutica para a paciente e suporte para o núcleo familiar. **Conclusão:** Tendo em vista a evolução da doença, a abordagem da AMS perpassa, invariavelmente, o cuidado paliativo. Conclui-se que a extensa orientação do paciente e dos familiares, associado ao planejamento diante de intercorrências agudas e da não obstinação terapêutica, é a melhor forma de se conduzir o quadro.

Palaras-chave: Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Atrofia de múltiplos sistemas. Desprescrições. Equipe de assistência ao paciente.

Referências:

1. Magela NRH, Santos LL, Batistella T, Fukui MSS, Ferreira JBB. Atrofia de Múltiplos Sistemas: gestão de caso complexo em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-6.
2. Lein J, Kurz A, Arzberger T, Giese A, Hoglinger GU. The Differential Diagnosis and Treatment of Atypical Parkinsonism. Dtsch Arztebl Int. 2016:113(5): 61–9.
3. França AR, Andrade Filho AS. Atrofia de múltiplos sistemas e o sinal da cruz: um relato de caso. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2015 Jan/Abr;19(1):64-70.

Resumo

ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E INSUFICIÊNCIA FAMILIAR EM IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS ATENDIDOS POR UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DO SUS

Victor Taranto Polizel[1], Nelson Carvalho do Amaral[1], Flavia Lanna de Moraes[2].

1 Universidade Federal de Minas Gerais
2 Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, HC-UFMG, SBMFC.

Autor correspondente: Victor Taranto Polizel. E-mail: victortarantopolizel@gmail.com

Introdução: Idosos frágeis em cuidados paliativos necessitam de cuidados realizados por profissionais de saúde (cuidado profissional), que devem estar integrados com o cuidado familiar ("autocuidado apoiado"). A família representa a grande instituição cuidadora e deve contar com todo apoio do SUS e do SUAS, de forma integrada e que devem estar presentes na atenção primária. A insuficiência familiar é a incapacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte, por ausência de família ou por falta de condições. Não deve ser confundida com negligência ou abandono familiar, pois, muitas vezes, a família deseja cuidar do seu idoso frágil ou dependente, mas não reúne as condições necessárias para esse cuidado. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre depressão e insuficiência familiar nos idosos em Cuidados Paliativos atendidos por um serviço de atendimento domiciliar do SUS em Belo Horizonte. **Método:** Estudo transversal no qual foram analisados 598 idosos atendidos entre 06/01/2011 e 31/08/2021, que preenchiam critérios para cuidados paliativos exclusivos: pacientes nos estratos funcionais 9 e 10 na Escala Visual de Fragilidade (EVF), classificados como "Baixa Complexidade" ou de qualquer estrato, classificado como em "Fase Final de Vida", segundo os critérios da classificação clínico-funcional dos idosos de Moraes et al (2016). A análise estatística foi realizada por meio dos softwares GraphPad Prism7.04® e MicrosoftExcel 2013®. **Resultados:** Houve associação estatisticamente significativa entre depressão e insuficiência familiar. Pacientes com insuficiência familiar apresentaram *odds ratio* (OR) de 1,725 (IC 95% 1,088 a 2,71) e risco relativo (RR) de 1,431 (IC 95% - 1,065 a 1,903) e $p<0,05$ para apresentarem depressão em relação aos pacientes sem insuficiência familiar. **Conclusão:** O estudo demonstra uma forte correlação entre a presença de insuficiência familiar e maior prevalência de depressão, que, portanto, devem ser avaliadas em todos os idosos em fase final de vida.

Palavras-chave: Depressão. Insuficiência Familiar. Idosos. Cuidados Paliativos. SUS.

Referencias:

1. Moraes NE, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. Folium Editorial; 2016.

Resumo

BENEFÍCIOS DO USO DA SILDENAFILA EM IDOSOS

Stelle Tiradentes Ribeiro[1], Fernanda Moreira Bernardes[1], Cecília Moreira Cardoso Fagundes[1], Isadora Costa Avelar[1], Gisele Eva Bruch[2].

1,2 Faculdade de Minas de Belo Horizonte (Faminas-BH), Belo Horizonte, MG-Brasil

Gisele Eva Bruch. E-mail: gisele.bruch@professor.faminas.edu.br

Introdução: Citrato de sildenafila, conhecido popularmente como Viagra, vem sendo utilizado como um remédio para o tratamento da disfunção erétil e é muito utilizado pelos idosos, fornecendo um aumento da qualidade na vida sexual de muitos homens.[1] Entretanto, muitas pessoas desconhecem os benefícios que a sildenafila ocasiona na população idosa. Sendo um exemplo desses benefícios o controle da hipertensão arterial pulmonar (HAP).[2] **Metodologia:** Foi elaborada uma revisão literária integrativa com seleção de artigos em plataformas como PubMed, foram utilizados descritores como "Sildenafila" e "Pacientes Idosos", estabelecendo critérios de inclusão e exclusão. **Objetivos:** Objetivou-se compreender os benefícios da sildenafila em indivíduos idosos no que concerne à melhora na qualidade de vida, desempenho sexual e a mecanismos fisiológicos. **Discussão:** A revisão da literatura acerca do uso da sildenafila aponta resultados positivos para seu uso em pacientes idosos no tratamento da disfunção erétil[3]. Sendo esse distúrbio médico mais comum na população geriátrica do que em jovens, a eficácia do medicamento implica na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Outrossim, sendo o fármaco um vasodilatador que inibe a fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), aumentando o tempo de ação do óxido nítrico, o viagra apresenta papel paliativo importante na melhora da circulação pulmonar[2]. Esses resultados apontam a sildenafila como uma escolha de medicamento para o tratamento da hipertensão pulmonar (HAP), doença de grave progressão com prevalência de cerca de 30% em idosos do sexo masculino[4].Estudos apontam ainda, que o efeito vasodilatador da sildenafila pode gerar melhora nos biomarcadores cardíacos na síndrome de angústia respiratória do Covid-19[5]. Como é de conhecimento geral, as implicações geradas pelo coronavírus na população idosa podem levar a graves complicações. Assim, mesmo ainda munidos com poucos resultados, a relevância do viagra no tratamento de doenças e agravos circulatórios e pulmonares, bem como na melhora da vida sexual, representa grande benefício para a população idosa. Os efeitos maléficos e distúrbios cardiovasculares tem resultados limitantes e de pouca incidência. **Conclusão:** A partir dos estudos analisados, conclui-se que o Citrato de sildenafila possui considerável potencial de controle não só da disfunção erétil, mas também de determinadas anormalidades circulatórias, como a HAP.[2]

Palavras-chave: Sildenafila. Pacientes Idosos. Hipertensão Pulmonar.

Referências:

1. Roviara PS. La Viagra nuestra de cada día. Consumo recreacional y angustias masculinas con respecto a su potencia eréctil. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2014:140-160.
2. Franchi SM, Barreto AC, Cícero C, Castro CRP, Ribeiro ZVS, Lopes AA. Seguimiento de dos años en pacientes con hipertensión arterial pulmonar bajo tratamiento con sildenafil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010; 94:671-677.
3. Wagner G, Montorsi F, Collins AM. Sildenafil Citrate (VIAGRA®) Improves Erectile Function in Elderly Patients With Erectile DysfunctionA Subgroup Analysis. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(2): M113-9.
4. Araújo LF, Rabello RS, Graebin R. Prevalência e Características Clínico-Epidemiológicas de Hipertensão Pulmonar em Idosos [monografia]. Passo Fundo: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2021.
5. McFadyen C, Garfield B, Mancio J, Ridge CA, Semple T, Keeling A, *et al.* Use of sildenafil in patients with severe COVID-19 pneumonitis. Br J Anaesth. 2022; 129(1):e18–e21.

Resumo

COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO IDOSA AFETADA PELO DESASTRE AMBIENTAL EM MACEIÓ/ALAGOAS

Bibiana Toshie Onuki de Mendonça[1], Juliana Matos Ferreira Bernardo[1], Mariana da Silva Torres[1], Marília Rocha Lira Pereira[1], Anacássia Fonseca de Lima[2].

1,2 Centro Universitário de Tiradentes (UNIT/AL), Maceió, AL-Brasil. E-mail: bibiana.toshie@souunit.com.br

Autor correspondente: Bibiana Toshie Onuki de Mendonça (autora principal) bibiana.toshie@souunit.com.br

Introdução: No ano de 2018 tremores de terra abalaram o bairro do Pinheiro localizado em Maceió, capital do estado de Alagoas. Após levantamento realizado pelo Serviço Geológico Brasileiro, foi identificado acometimento da área decorrente da extração de sal-gema pela empresa petroquímica Braskem em área urbana. Com a expansão da área afetada, a instabilidade comprometeu também os bairros do Mutange e Bebedouro, sendo decretada evacuação de mais de 600 famílias. Além dos impactos materiais causados pela desapropriação física, os danos à população em esfera imaterial são insidiosos e subvalorizados, especialmente tangente à saúde mental. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse entre os idosos que residiam nos bairros em situação de desastre em Maceió/AL (Pinheiro, Mutange e Bebedouro). **Metodologia:** A pesquisa foi realizada para coleta de dados quantitativos com indivíduos adultos residentes nos bairros afetados (Pinheiro, Mutange e Bebedouro), aprovado pelo CEP parecer de número 4.736.391, a metodologia da pesquisa foi executada via coleta de dados por bola de neve virtual no período de agosto de 2021 a abril de 2022 pelo Google Forms. O instrumento de coleta de dados foi a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21) em sua versão brasileira e adaptada para pessoas de baixa escolaridade. Dos 142 entrevistados, foi feito um recorte dos idosos, a partir de 60 anos, culminando em um total de 16 entrevistados. **Discussão:** Cada subescala da DASS-21 pode ser classificada numericamente em normal, leve, moderada, severa e extremamente severa. As classificações dos sintomas evidenciaram estresse leve (17,4), ansiedade moderada (12,8) e depressão moderada (15) nesse grupo de idosos. Achados semelhantes já foram observados previamente na literatura, com estudos demonstrando que em escalas referentes à saúde mental após desastres, os mais velhos pontuaram de forma mais positiva que os mais novos, além de contribuírem com respostas adaptativas como suporte psicológico. **Conclusão:** Embora nossa amostra seja pequena, os resultados encontrados corroboram com os da literatura, evidenciando a pertinência do aprofundamento dos achados do estudo na faixa etária apresentada. Visando a melhor compreensão referente à menor afeição aparente dos idosos em comparação com os jovens em situações de desastres.

Palavras-chave: Saúde mental. Geriatria. Desastre ambiental.

Referências:

1. CPRM - Serviço Geológico do Brasil. Estudos sobre a instabilidade do terreno nos bairros Pinheiro, Mutange e Bebedouro, Maceió (AL): volume I, relatório síntese dos resultados n. 1. 2019
2. CPRM - Serviço Geológico do Brasil. Estudos sobre a instabilidade do terreno nos bairros Pinheiro, Mutange e Bebedouro, Maceió (AL): volume II, relatórios técnicos n. 1. 2019
3. Rafiey H, Momtaz YA, Alipour F, Khankeh H, Ahmadi S, Sabzi Khoshnami M, *et al.* Are older people more vulnerable to long-term impacts of disasters? Clin Interv Aging. 2016 Dec 7;11:1791–5.
4. Ahmadi S, Khankeh H, Sahaf R, Dalvandi A, Hosseini SA, Alipour F. How did older adults respond to challenges after an earthquake? Results from a qualitative study in Iran. Arch Gerontol Geriatr. 2018 Jul;77:189–95

Resumo

CORRELAÇÃO ENTRE DOR E IMOBILIDADE EM IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSISTENCIADOS POR UM SERVIÇO PÚBLICO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM GERIATRIA

Nelson Carvalho do Amaral[1], Marcelle Del Santo Pedro[1], Flávia Lanna de Moraes[2].

1 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG-Brasil.
2 Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG-Brasil.

Autor Correspondente: Nelson Carvalho do Amaral (autor principal) amaral.nelson.c@gmail.com

Introdução: Dor é uma queixa muito prevalente em cuidados paliativos e apresenta etiologia multifatorial, causando grande impacto sobre a qualidade de vida. Está associada a problemas crônicos de saúde e a incapacidades funcionais, como imobilidade. Existem vários graus de imobilidade[1,2], podendo ser de parcial, variando de grau I a IV, até a imobilidade completa (Grau V). Objetivo: Avaliar a correlação entre dor e os diferentes graus de imobilidade nos idosos em cuidados paliativos atendidos por um serviço público de atenção domiciliar em geriatria. **Metodologia:** Estudo transversal no qual foram analisados 598 idosos atendidos entre 06/01/2011 e 31/08/2021, que preenchiam critérios para cuidados paliativos exclusivos: pacientes nos estratos funcionais 9 e 10 na Escala Visual de Fragilidade (EVF), classificados como "Baixa Complexidade" ou de qualquer estrato, classificado como em "Fase Final de Vida", segundo os critérios da classificação clínico-funcional dos idosos de Moraes *et al.*[3,4]. A análise estatística foi realizada por meio dos softwares GraphPad Prism 7.04® e MicrosoftExcel 2013®. **Resultados:** Houve associação estatisticamente significativa entre dor e imobilidade. Pacientes portadores de algum grau de imobilidade tiveram um odds ratio (OR) de 3,76 (IC 95%- 1,805 a 7,927) e risco relativo (RR) de 1,146 (IC 95%, 1.071 a 1.233), p=0,003 para a queixa de dor, em relação aos pacientes sem imobilidade. Resultado obtido por meio de análise de contingência e teste do chi quadrado. Ademais, foi observada maior frequência de queixas álgicas em pacientes portadores de imobilidade grau IV (71%), seguida de imobilidade completa (44%), imobilidade grau III (38%), imobilidade grau I (33%) e imobilidade grau II (32%). **Conclusão:** A prevalência de dor foi maior nos idosos com maior grau de imobilidade. O estudo reforça a importância da abordagem diagnóstica e tratamento eficaz desse sintoma, que tanto compromete a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Imobilidade. Fragilidade. IVCF-20. Atenção Primária.

Referências:

1. Moraes EN, Carmos JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2021; 22(1): 31-35.
2. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5.ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1)
3. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016; 50:81.
4. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). J Aging Res Clin Pract. 2016;5(1):24-30.

Resumo

DEFINIÇÃO DE INTERVALOS DE REFERÊNCIAS DOS BIOMARCADORES BIOQUÍMICOS SÓDIO, POTÁSSIO, CÁLCIO E CLORETO EM IDOSOS

Julie Caldeira Gatti[1], Gustavo Oliveira Gonçalves[2,3], Daniel Henrique Bücker[2], Leonardo de Souza Vasconcellos[4,5].

1 Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG-Brasil.
2,4,5 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
3 Faculdade de Minas – FAMINAS, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Julie Caldeira Gatti (autora principal) juliecaldeira@hotmail.com

Introdução: O aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial. O envelhecimento é acompanhado por alterações fisiopatológicas e os serviços de saúde precisam estar preparados para atenderem ao paciente com mais de 60 anos. **Objetivos:** Definir intervalos de referência dos biomarcadores bioquímicos Sódio, Potássio, Cálcio e Cloreto em idosos. Comparar os intervalos de referência obtidos com os intervalos atualmente liberados nos laudos. **Metodologia:** Trata-se de estudo epidemiológico observacional descritivo realizado com os resultados das dosagens laboratoriais de pacientes idosos, ambos os gêneros, classificados como baixo ou moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional atendidos no ambulatório de Geriatria e Gerontologia de um hospital universitário, público, de alta complexidade, entre os anos de 2016 e 2019. Para determinar os intervalos de referência (IR), aplicou-se critérios de inclusão e exclusão seguindo padrões da literatura. As análises foram realizadas no *software GraphPad Prism®*. **Discussão:** Participaram do estudo 848 idosos com idade entre 60 e 91 anos. A partir da realização do teste de Mann-Whitney foi possível verificar a diferença significativa entre grupos etários e de gênero e definir o IR utilizando os percentis 2,5% e 97,5% com IC de 95%. Os IRs foram: Sódio (≥60: 137–148mmol/L), Potássio (Mulheres ≥60: 3,6–5,4mmol/L | Homens ≥60: 3,7–5,6mmol/L), Cálcio (≥60: 8,8–10,6mg/dL) e Cloreto (≥60: 97–107mmol/L). A partir da comparação com o IR adotado foi possível identificar aumento no limite inferior e superior do IR nos biomarcadores Potássio e Cálcio. Redução no limite inferior do IR no Cloreto. Aumento no limite superior do IR no Sódio. **Conclusão:** A definição dos IRs específicos para o paciente idoso é indispensável para uma prática clínica segura já que auxiliam na interpretação das análises laboratoriais mais adequadas face às alterações da senescência.

Palavras-chave: Intervalos de Referência. Biomarcadores. Idoso. Saúde do Idoso. Segurança do Paciente.

Referências:

1. Panteghini M, Dolci A, Birindelli S, Szoke D, Aloisio E, Caruso S. Pursuing appropriateness of laboratory tests: a 15-year experience in an academic medical institution. Clin Chem Lab Med. 2022 Aug 23;60(11):1706-1718.
2. Haeckel R, Adeli K, Jones G, Sikaris K, Wosniok W. Definitions and major prerequisites of direct and indirect approaches for estimating reference limits. Clin Chem Lab Med. 2022 Dec 2;61(3):402-406.
3. Cintra MTG, Bento BMA, Branco BVC, Sousa ADM, Moraes EN, Bicalho MAC. Preditores clínicos de fragilidade em usuários de serviço de Atenção Secundária em Geriatria e Gerontologia. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2022;25(2):1-11.
4. Ozarda Y, Ichihara K, Jones G, Streichert T, Ahmadian R; IFCC Committee on Reference Intervals and Decision Limits (C-RIDL). Comparison of reference intervals derived by direct and indirect methods based on compatible datasets obtained in Turkey. Clin Chim Acta. 2021 Sep;520:186-195.
5. Maia LC, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. Ciênc saúde coletiva. 2020; 25(12):5041–50.
6. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. Rev Saúde Pública. 2020;54:35.
7. Haeckel R, Wosniok W, Torge A, Junker R. Age- and sex-dependent reference intervals for uric acid estimated by the truncated minimum chi-square (TMC) approach, a new indirect method. Journal of Laboratory Medicine. 2020;44(3): 157-163.
8. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Figueiredo AW, Almeida WS, Machado IE, *et al.* Valores de referência para exames laboratoriais de colesterol, hemoglobina glicosilada e creatinina da população adulta brasileira. Rev bras epidemiol. 2019;22(Suppl 02):e190002.supl.2.
9. Risch M, Nydegger U, Risch L. SENIORLAB: A prospective observational study investigating laboratory parameters and their reference intervals in the elderly. Medicine. 2017;96(1):e5726.

Resumo

DEFINIÇÃO DE INTERVALOS DE REFERÊNCIAS DOS BIOMARCADORES BIOQUÍMICOS TGO/AST, TGP/ALT, GGT, CREATININA E ÁCIDO ÚRICO EM IDOSOS

Gustavo Oliveira Gonçalves[1,2], Daniel Henrique Bücker[1], Leonardo de Souza Vasconcellos[3,4]

1,3,4 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
2 Faculdade de Minas – FAMINAS, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Gustavo Oliveira Gonçalves. E-mail: gustavo.ineti@gmail.com

Introdução: O aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial. O envelhecimento é acompanhado por alterações fisiopatológicas e os serviços de saúde precisam estar preparados para atenderem ao paciente com mais de 60 anos. **Objetivos:** Definir intervalos de referência dos biomarcadores bioquímicos TGP/ALT, TGO/AST, GGT, Creatinina e Ácido Úrico em idosos. Comparar os intervalos de referência obtidos com os intervalos atualmente liberados nos laudos. **Metodologia:** Trata-se de estudo epidemiológico observacional descritivo realizado com os resultados das dosagens laboratoriais de pacientes idosos, ambos os gêneros, classificados como baixo ou moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional atendidos no ambulatório de Geriatria e Gerontologia de um hospital universitário, público, de alta complexidade, entre os anos de 2016 e 2019. Para determinar os intervalos de referência (IR), aplicou-se critérios de inclusão e exclusão seguindo padrões da literatura. As análises foram realizadas no *software GraphPad Prism®*. **Discussão:** Participaram do estudo 848 idosos com idade entre 60 e 91 anos. A partir da realização do teste de Mann-Whitney foi possível verificar a diferença significativa entre grupos etários e de gênero e definir o IR utilizando os percentis 2,5% e 97,5% com IC de 95%. Os IRs foram: TGO/AST (≥60: 16–40U/L); TGP/ALT (60 a 74: 16–53U/L | ≥75: 16–47U/L); GGT (Homens ≥60: 13–63U/L | Mulheres 60 a 74: 14–49U/L | Mulheres ≥75: 13–44U/L); Creatinina (Mulheres ≥60: 0,57–1,14mg/dL | Homens ≥60: 0,71–1,60mg/dL) e Ácido úrico (Mulheres ≥60: 2,9–7,4mg/dL | Homens ≥60: 3,4–8,6 mg/dL). A partir da comparação com o IR adotado foi possível identificar aumento do limite inferior e redução do limite superior nos biomarcadores Ácido úrico (em homens), TGO/AST e TGP/ALT em ambos os gêneros. Para o GGT observou-se redução do limite inferior e superior em homens e o aumento do limite inferior e superior nas mulheres. Para a Creatinina e Ácido úrico (em mulheres) houve aumento do limite inferior e do limite superior do IR. **Conclusão:** A definição dos IRs específicos para o paciente idoso é indispensável para uma prática clínica segura já que auxiliam na interpretação das análises laboratoriais mais adequadas face às alterações da senescência.

Palavras-chave: Intervalos de Referência. Biomarcadores. Idoso. Saúde do Idoso. Segurança do Paciente.

Referências:

1. Panteghini M, Dolci A, Birindelli S, Szoke D, Aloisio E, Caruso S. Pursuing appropriateness of laboratory tests: a 15-year experience in an academic medical institution. Clin Chem Lab Med. 2022 Aug 23;60(11):1706-1718.
2. Haeckel R, Adeli K, Jones G, Sikaris K, Wosniok W. Definitions and major prerequisites of direct and indirect approaches for estimating reference limits. Clin Chem Lab Med. 2022 Dec 2;61(3):402-406.
3. Cintra MTG, Bento BMA, Branco BVC, Sousa ADM, Moraes EN, Bicalho MAC. Preditores clínicos de fragilidade em usuários de serviço de Atenção Secundária em Geriatria e Gerontologia. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2022 25(2):1-11.
4. Ozarda Y, Ichihara K, Jones G, Streichert T, Ahmadian R; IFCC Committee on Reference Intervals and Decision Limits (C-RIDL). Comparison of reference intervals derived by direct and indirect methods based on compatible datasets obtained in Turkey. Clin Chim Acta. 2021 Sep;520:186-195.
5. Maia LC, Moraes EN de, Costa S de M, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. Ciênc saúde coletiva. 2020; 25(12):5041–50.
6. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. Rev Saúde Pública. 2020; 54:35.
7. Haeckel R, Wosniok W, Torge A, Junker R. Age- and sex-dependent reference intervals for uric acid estimated by the truncated minimum chi-square (TMC) approach, a new indirect method. Journal of Laboratory Medicine. 2020;44(3): 157-163.
8. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Figueiredo AW, Almeida WS, Machado IE, *et al.* Valores de referência para exames laboratoriais de colesterol, hemoglobina glicosilada e creatinina da população adulta brasileira. Rev bras epidemiol. 2019; (suppl 2):e190002.supl.2.
9. Risch M, Nydegger U, Risch L. SENIORLAB: A prospective observational study investigating laboratory parameters and their reference intervals in the elderly. Medicine. 2017;96:e5726.

Resumo

GERIATRIA GENÔMICA E SUAS IMPLICAÇÕES

Vitor Augusto Ricoi Vieira[1], Stelle Tiradentes Ribeiro[1], Livia Moreira Fortes Siqueira[1], Fernanda Freire Campos Nunes[2]

1,2 Faculdade de Minas de Belo Horizonte (Faminas-BH), Belo Horizonte, MG-Brasil

Autor Correspondente: Vitor Augusto Ricoi Vieira. E-mail: ricoivitor@gmail.com

Introdução: O envelhecimento humano é um processo fisiológico no qual a genética e os fatores hereditários possuem um papel fundamental. Mutações gênicas parecem estar envolvidas na etiologia de algumas doenças comuns entre os idosos, como cardiopatias, neoplasias e doenças neurodegenerativas.[1] Entretanto, a expressão genética está ligada ao ambiente e ao meio em que vive, pois a senescência celular é modulada de acordo com os hábitos de vida individual, como estresse oxidativo, alimentação, sono e prática de atividades físicas.[2] **Objetivos:** Objetivou-se compreender os modelos práticos da geriatria genômica e suas implicações na atualidade. **Metodologia:** Foram escolhidos artigos científicos retirados de bases de dados como SciELO, BVS. Trata-se de uma revisão literária integrativa. **Discussão:** O envelhecimento celular está relacionado à parada da atividade mitótica, sendo denominado "Senescência Replicativa Celular" (SRC) que é influenciada por: encurtamento de telômeros, alteração na metilação do DNA, problemas no reparo do DNA e estresse oxidativo. Os telômeros são relógio mitótico da célula, pois a DNA polimerase é incapaz de replicar a extremidade final do DNA cromossômico[3]. A cada replicação, há diminuição no tamanho dos telômeros, levando à perda da capacidade de controle genética, resultando em doenças. A enzima telomerase desacelera o processo de encolhimento. Contudo, a maior atividade dessa enzima está relacionada ao câncer, aumentando o tempo de vida da célula e alterando expressão do gene p53[4]. Ademais, alterações na metilação do DNA relacionam-se ao SCR, pois o padrão desta se altera ao longo dos anos e se relaciona à doenças presentes em idosos, como Alzheimer (hipometilacão do gene da proteína precursora amielóide) e neoplasia colorretal (hipermetilacão do gene de supressão tumoral SLIT2)[5]. Ademais,o dano sofrido pela molécula de DNA e falhas no sistema de reparo, inativam genes e provocam deterioração orgânica. Finalmente, espécies ativas de oxigênio, que são altamente reativas, podem contribuir para a SRC, causando danos a membranas e a macromoléculas celulares. **Conclusão:** O fortalecimento dos elos entre geriatria genômica e prática médica é necessário. As informações coletadas permitem inferir que a prática da geriatria do futuro passará pela genômica objetivando melhor manejo do paciente idoso, direcionando terapêuticas e aumentando qualidade de vida.[6]

Palavras-chave: Genética do envelhecimento. Telômeros. Geriatria genômica.

Referências:

1. Da Cruz, IBM. Genética do envelhecimento, da longevidade e das doenças cronico-degenerativas. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Freitas EV. Py L. Neri AL *et al.* (eds.) p. 20-31, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.
2. Gottlieb MGV, Carvalho D, Schneider RH, Cruz IBM. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2007;10(3):273-284.
3. Blackburn EH. Structurc and function of telomeres. Nature. 1991; 350(6319):569-73.
4. Duncan EL, Wadhwn R, Kaul SC. Senescence and immortalization of human cells. Biogeron. 2000;1(2):103-121.
5. Taufer M, Canto MEP, Oliveira G, Gewehr C, Gottlieb G, Cruz IBM. Avanços, e uso potencial da genética na longevidade e saude: uma análise. Rev me PUCRS. 2002;12(4): 384-91.
6. Bohr VA, Cooper M, Orren D, Machwe A, Piotrowski J, Sommers J, *et al.* Werner syndrome protein: biochemical properties and funcional interactions. Exp Geront. 2000;35(6-7):695-702.
7. Manolio TA, Chisholm RL, Ozenberger B, Roden DM, Williams MS, Wilson R, *et al.* Implementing genomic medicine in the clinic: the future is here. Genet Med. 2013;15(4):258-267.
8. Moreira-Filho CA, Menck CFM, Silva CL, Abdehlay E, Rech E, Dias Neto E, *et al.* Genômica. 2004; [citado 2023 jun 15].

Resumo

IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS NA EVOLUÇÃO DE IDOSOS RESTRITOS AO LEITO E AO LAR

Regina Safar Aziz Antonio[1], Vitor Hugo Machado Vilela[1], Flávia Lanna de Moraes[2].

1 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG-Brasil.
2 Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG-Brasil.

Autor Correspondente: Vitor Hugo Machado Vilela. E-mail: vhvitormvilela@gmail.com

Introdução: O Programa Mais Vida em Casa é desenvolvido na regional Nordeste de Belo Horizonte, para atendimento domiciliar de idosos frágeis, acamados ou com dificuldade de locomoção, além de ofertar matriciamento (suporte técnico) e qualificação (suporte pedagógico) às Equipes de Saúde da Família. Os objetivos do programa são a realização da avaliação geriátrica ampla, definição de diagnósticos e elaboração de um plano de cuidados (PC). **Objetivos:** Avaliar o impacto do atendimento realizado por equipe geriátrico-gerontológica especializada e da implementação do plano de cuidados, por meio de monitoramento telefônico. **Metodologia:** Estudo observacional, retrospectivo. Realizou-se contato telefônico com familiares de pacientes avaliados entre 01/02/2018 a 31/03/2022, com objetivo de verificar a implementação do PC e a evolução do paciente (percepção de melhora). Consideramos a percepção de melhora como variável independente e a relacionamos com sexo, idade, escolaridade, escore na Escala Visual de Fragilidade (EVF) e implementação do PC, por meio de regressão logística binária múltipla, com o objetivo de aferir o efeito independente do PC na percepção de melhora do paciente, com intervalo de 95% de confiança e nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliados 890 idosos. A informação sobre implementação do PC foi obtida para 353 pacientes, dos quais 219 tiveram o PC implementado (62,0%). Destes 353, havia informação sobre melhora para 343 pacientes: 189 não tiveram melhora (55,1%) e 154 tiveram melhora (44,9%). A incidência de melhora foi maior entre aqueles com PC implementado (61,0%) comparativamente àqueles com PC não implementado (19,6%). A análise de regressão logística indicou que a chance de melhora do paciente com PC implementado é 7,3 vezes a chance dos pacientes sem PC implementado (OR=7,3; IC95%: 4,2-12,6; p<0,001), efeito este independente de idade, escolaridade e escore do paciente na EVF. **Conclusão:** A chance de melhora entre aqueles que tiveram o plano de cuidado implementado foi igual a 7,3 vezes a chance daqueles que não tiveram o plano implementado, indicando o efeito inequívoco do Plano de Cuidados na percepção de melhora do paciente. O cuidado compartilhado entre a atenção primária e secundária é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos idosos frágeis.

Palavras-chave: Plano de Cuidados. Melhoria de Vida. IVCF-20. Atenção Primária.

Referências:

1. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2021; 22(1): 31-35.
2. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5.ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1)
3. Moraes END, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Revista de Saúde Pública. 2016; 50:81.
4. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). J Aging Res Clin Pract. 2016;5(1):24-30.

Resumo

IMPACTOS DO DESASTRE AMBIENTAL DA BRASKEM EM MACEIÓ NA SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA

Mariana da Silva Torres[1], Marília Rocha Lira Pereira[1], Bibiana Toshie Onuki de Mendonça[1], Juliana Matos Ferreira Bernardo[1], Anacássia Fonseca de Lima[2].

1,2 Centro Universitário Tiradentes (UNIT) Maceió, Alagoas-BR

Autor correspondente: Mariana da Silva Torres. E-mail: mariana.torres@souunit.com.br

Introdução: O desastre decorrente da extração de sal-gema pela Braskem em Maceió, Alagoas, em 2018, afetou particularmente a população idosa da região. É sabido que esse grupo é considerado mais vulnerável às doenças crônicas e às adversidades ambientais. Além disso, a necessidade de evacuação das moradias e abandono da comunidade possibilitou o surgimento de estresse emocional, afetando a qualidade de vida das vítimas. Dessa forma, é importante que a avaliação dos impactos à saúde das vítimas levando em consideração a situação da população idosa e os riscos específicos que enfrentam. **Objetivos:** Analisar os impactos à saúde e o desenvolvimento de transtornos mentais em idosos atingidos pelo desastre da mineração de sal-gema em Maceió-AL. **Metodologia:** Foi realizada uma análise qualitativa por meio de um questionário semiestruturado, visando avaliar a subjetividade do discurso dos indivíduos afetados em relação à saúde e qualidade de vida. A análise de discurso permitiu identificar as principais preocupações e desafios enfrentados pelos moradores e possíveis soluções para o problema. **Resultados:** Os efeitos dos desastres estão associados a distúrbios de saúde mental e física, de forma que os prejuízos variam a depender do grupo populacional relacionado. Segundo a avaliação qualitativa das entrevistas realizadas, foi possível detectar um padrão comum. A temática enfatizada remetia a piora da saúde física, com diagnósticos após o desastre, sendo citados neoplasia de intestino e elevação dos níveis pressóricos. Ademais, a perda do acolhimento da comunidade em que morava foi relatada como ponto de piora do estado mental das vítimas, de forma que a ausência da rede de apoio, particularmente na senilidade, possibilita um rompimento do ciclo de atividades sociais. A mudança para outra moradia traz desafios específicos para essa população à medida que a autonomia e independência torna-se um desafio. A percepção da desesperança, nervosismo e apatia também foi relatada, além do sentimento de invalidez. **Conclusão:** Diante disso, nota-se o agravamento da saúde física e mental da população idosa vítima do desastre. Durante a senilidade, a saída da comunidade que pertenciam configura uma peculiaridade no que concerne o distanciamento das atividades sociais cotidianas, ocasionando perda funcional com consequente sentimento de inutilidade, tristeza e abandono.

Palavras-chave: Impacto à saúde. População idosa. Desastre ambiental.

Referências:

1. Freitas CM, Barcellos C, Asmus CIRF, Silva MA, Xavier DR. From Samarco in Mariana to Vale in Brumadinho: mining dam disasters and Public Health. Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(5):e00052519.
2. Freitas CM, Barcellos C, Heller L, Luz ZMP. Mining dam disasters: lessons from the past for reducing current and future risks. Epidemiol Serv Saúde. 2019;28(1):e20180120.
3. Makwana N. Disaster and its impact on mental health: A narrative review. J Family Med Prim Care. 2019;8(10):3090-3095.

Resumo

O AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS NA POPULAÇÃO IDOSA EM MINAS GERAIS

Giovana Keiko Dib Uno[1], Bianca Braga de Magalhães[1], Luiza Moreira Coelho[1], Jorge Silveira Junior[2]

[1] Acadêmicos do curso de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG - Brasil. E-mail: keikogiovana@gmail.com

[2] Docente no Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG -Brasil. E-mail: jorge2006gbi@hotmail.com

Autor correspondente: Giovana Keiko Dib Uno, e-mail: keikogiovana@gmail.com

Introdução: O aumento dos casos de sífilis na população brasileira retrata um grande desafio para o combate da doença: implementar ações de vigilância e controle na atenção primária.[1] Prezando pelo princípio do SUS da universalidade,[2] é preciso verificar a situação dos idosos, uma vez que a sua sexualidade tem sido negligenciada ou até considerada inexistente.[3] Segundo o IBGE, a parcela brasileira maior que 60 anos acompanha a tendência mundial de envelhecimento populacional, com um aumento de 18% entre 2012 a 2017.[4] Portanto, representam uma parte considerável e crescente da população suscetível ao contágio por ISTS, tornando preciso incluir de forma incisiva essa faixa etária nos programas de prevenção. Além disso, é necessário investigar o que influencia no quadro de aumento dos casos de sífilis em idosos no estado de Minas Gerais, motivo desse artigo. **Objetivo:** demonstrar os motivos pelos quais existem aumento de sífilis adquirida na população idosa em MG. **Metodologia:** usou-se o DATASUS, através da TABNET. Os descritores utilizados foram casos por ano do primeiro sintoma segundo faixa etária de 60+ anos, do período de 2012 a 2021, em MG. No ano de 2012 foram notificados 85 casos de sífilis na população idosa, já em 2016 houve aumento expressivo, 454 casos. Em 2019, os casos dobraram, sendo 1.128 idosos com sífilis adquirida. **Discussão:** o aumento da expectativa de vida, aliado ao surgimento de métodos que atuam melhorando as disfunções sexuais, como medicamentos para a disfunção erétil e terapia de reposição hormonal, contribuem de forma significativa na melhora da sexualidade da população idosa. Todavia, essa temática é negligenciada pela sociedade e pelos próprios idosos, que tem grande resistência ao uso de preservativos[5] - pela confiança no parceiro e por não estarem em período reprodutivo - o que possibilita o aumento da doença. Essa negligência está relacionada aos preconceitos e ao fato de que a população atual de idosos teve na infância, majoritariamente, uma educação repressora,[3] que contribui para a falta de debate do tema. **Conclusão:** é preciso reestruturar as políticas públicas de saúde no intuito de tratar o idoso de forma integral abrangendo a sexualidade como ponto existente e importante de sua vida.

Palavras-chave: Sífilis. Idoso. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dinâmica Populacional. Comportamento sexual.

Referências

1. Ramos AN Jr. Persistence of syphilis as a challenge for the Brazilian public health: the solution is to strengthen SUS in defense of democracy and life. Cad Saude Publica. 2022 May 16;38(5):PT069022.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília (DF) 2006 mar. 28.
3. Gatti MC, Pinto MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. Vínculo. 2019:16(2);133-159.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecaodapopulacao.html?=&t=resultado
5. Albuquerque JS, Lima LR, Silva RTP, Beltrão LEBF, Sales JKD. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em idosos do Brasil. Research, Society and Development, 2022:11(14);e360111436387.
6. Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. Acesso em: 19 mar. 2023. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisadquiridamg.def

Resumo

O USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO ALTERNATIVA PARA A REDUÇÃO DA POLIFARMÁCIA NA REALIDADE DO IDOSO CONTEMPORÂNEO.

Izabella Livian dos Santos Filho[1], Julia Carolina Torres Pires[1], Julia Matos dos Anjos[1], Sabrina Jéssica Pedrosa Ribeiro[1], Eliane de Sá Lopes Lomez[2].

[1] Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH), Belo Horizonte, MG - Brasil.
E-mail: izalivian@gmail.com

[2] Docente na Faculdade de Minas (FAMINAS-BH), Belo Horizonte, MG - Brasil.
E-mail: eliane.lomez@professor.faminas.edu.br

Introdução: A polifarmácia está intensamente presente no cotidiano da população senil com multimorbidade,[1] gerando impacto direto em sua saúde. Como relevante alternativa a essa situação, as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) surgem objetivando melhorar o bem-estar físico e mental dos idosos, além de minimizar a polimedicação e seus efeitos indesejáveis.[2] **Objetivos:** Descrever acerca da relevância das PICS na saúde dos novos idosos como alternativa ao contexto da polifármacia frequente na população senil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa em que foi utilizado as bases de dados SciELO, PubMed e BVSalud com artigos publicados entre 2016 e 2021. **Discussão:** O envelhecer da população favorece a ascensão da polifarmácia[3] e a crescente coexistência de diversas comorbidades associadas a esse processo contribui para o surgimento de interações medicamentosas (IM) indesejáveis entre os fármacos utilizados no tratamento dessas doenças.[3] Uma vez que as alterações fisiológicas na senescência já tornam essa população mais vulnerável,[4] as possíveis reações causadas pelas IM implicam na baixa qualidade de vida e no aumento da morbimortalidade dos idosos, tornando estes mais sensíveis aos efeitos adversos dos medicamentos.[5] Nesse contexto, o processo de envelhecimento demanda novas perspectivas terapêuticas que melhor se ajustem ao perfil contemporâneo da população senil,[6] tal como as PICS, métodos alternativos adicionais as abordagens tradicionais que visam reduzir hospitalizações, iatrogenias e os óbitos causados pela polimedicação.[1] No Sistema Único de Saúde (SUS) são disponibilizadas todas as PICS, sendo algumas delas a fitoterapia, homeopatia e acupuntura que, segundo a literatura, possuem eficácia no alívio de sintomas físicos, como dor crônica, incluindo lombalgia, osteoartrite e cefaleia, além de demonstrarem resultados satisfatórios no tratamento da depressão.[2] **Conclusão:** Diante disso, ainda que os fármacos sejam necessários, o diagnóstico e tratamento correto das comorbidades são fundamentais na prática de assistência ao idoso e exige uma equipe multidisciplinar habilitada que se atente a redução dos desfechos negativos causados pelo impacto da polifarmácia[5] utilizando novas abordagens como as PICS ofertadas pelo SUS, que tendem a contribuir para redução dos danos à saúde, auxiliando na qualidade de vida dos novos idosos e ressignificando o bem-estar nessa fase da vida.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. Polimedicação. Interações Medicamentosas. Terapias Complementares.

Referências bibliográficas:

1. Silva AV, Yuki Kobayasi D. Práticas integrativas e complementares utilizadas para manejo da dor em idosos: revisão integrativa. Glob Acad Nurs. 2021;2(Sup.3):e183.
2. Marques PP, Francisco PMSB, Bacurau AGM, Rodrigues PS, Malta DC, Barros NF. Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Saúde debate. 2020 Jul;44(126):845–56.
3. Godoi DRS, Nascimento KBR, Nunes KJF, Silva TTA, Silva TKDAD. Polifarmácia e ocorrência de interações medicamentosas em idosos. Braz J Develop. 2021;7(3):30946-59.
4. Pagno AR, Gross CB, Gewehr DM, Colet CF, Berlezi EM. Drug therapy, potential interactions and iatrogenesis as factors related to frailty in the elderly. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(5):588–96.
5. Rodrigues MC, Oliveira C. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem. 2016 Sep 1;24:e2800
6. Albino AVLA, Oliveira MMCM, Santos TT, Chaud DMA. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COM IDOSOS: UMA REVISÃO. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2021;19(1):32-42.

Resumo

ONCOGERIATRIA E EMERGÊNCIA: AS DIFICULDADES DE ABORDAGEM AO ACHADO DE CÂNCER NA EMERGÊNCIA

Maria Eduarda Queiroz Silva Campos Deniz[1], Alice Carvalho Leal[2].

[1] Discente da Universidade de Cuiabá, Cuiabá, MT - Brasil. E-mail: mariaeduardaqscd@hotmail.com
[2] Médica pelo Centro Universitário Uninovafapi, Teresina, PI - Brasil. E-mail: alicecarvalholeal@gmail.com

Introdução: O atual relato apresenta o caso do paciente JML, gênero masculino, 67 anos, hipertenso e cardiopata, admitido em sala vermelha devido perda progressiva do peso de forma involuntária, 15kg em 2 meses, associado a queda do estado geral. Paciente apresentou dispneia em repouso associado à tosse seca, hematoquezia e dificuldade miccional. **Descrição do caso:** Diante disso, foram solicitados exames complementares afim de nortear conduta médica, em tomografia computadorizada do abdome apresentou nódulos isodensos no retosigmoide associado a lesões hipodensas no fígado suspeito de processo neoplásico com implantação secundária. Tais manifestações clínicas e alterações em exames complementares foram levantadas hipóteses de diagnóstico de neoplasia com processo metastático ativo, associada a síndrome consumptiva. **Discussão:** Considerando que o câncer seja uma doença que ocorra em todas as idades, é fundamentalmente uma doença do envelhecimento, apresentando grande incidência entre os idosos principalmente a partir de 65 anos, logo o paciente oncológico frequentemente busca a atenção especializada quando há uma agudização da doença, e infelizmente a maioria dos hospitais de porta aberta não têm equipes especializadas em saúde do idoso, o qual dificulta o manejo do paciente na emergência. Ademais, ao relacionar com o paciente relatado a dificuldade na abordagem ao achado de neoplasia é um dos principais gargalos na emergência, por inúmeros fatores e um deles é a complexidade do paciente geriátrico associado a falta de conhecimento acerca da oncogeriatria. **Conclusão:** Portanto, ao elucidar a complexidade do caso relatado, fica evidente a importância de reconhecer os achados neoplásicos durante a abordagem na emergência e compreender a fisiologia do envelhecimento e fisiopatologia do câncer, afim de minimizar o uso de procedimentos que possam interferir na qualidade de vida, e aumentar a morbimortalidade.

Palavras-chave: Emergências. Neoplasias. Oncogeriatria.

Referências:

1. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** 4ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2016.
2. Fagundes Netto MVR, Noguchi DT, Koch LOM, Rodrigues M, Souza PMR. Introdução à Oncogeriatria**.** 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2021.
3. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman SK. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3ª ed. Oxford: OUP Oxford; 2005.

Resumo

PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS ATENDIDOS POR UM SERVIÇO PÚBLICO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM GERIATRIA

Vitor Hugo Machado Vilela[1], Samuel de Araújo Gomes[1], Flávia Lanna de Moraes[2], Joice Coutinho de Alvarenga[3]

[1]Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG - Brasil.

E-mail: vhvitormvilela@gmail.com

[2] Docente na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG - Brasil.

E-mail: flavia.lanna@pbh.gov.br

[3] Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG - Brasil.

Introdução: O envelhecimento está associado ao aumento do risco de doenças crônico-degenerativas, que geram incapacidades e declínio funcional. A dependência funcional em idosos exige um cuidado de longa duração, que, usualmente, é realizado pela família. O manejo destes pacientes é complexo e deve ser feito por equipe interdisciplinar. O Mais Vida em Casa (MVC) é um projeto desenvolvido através de parceria entre órgãos do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Minas Gerais. A finalidade é implementar uma Rede de Atenção à Saúde da População Idosa, abrangendo a população restrita ao leito ou ao lar. Este grupo de idosos mais frágeis apresenta maior risco de declínio funcional e óbito. Parte dos idosos incluídos no MVC preenchem critérios de Cuidados Paliativos exclusivos. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico-funcional dos idosos em cuidados paliativos atendidos pelo MVC. **Metodologia:** Estudo transversal no qual foram analisados 598 idosos atendidos pelo MVC entre 06/01/2011 e 31/08/2021, que preenchiam critérios para cuidados paliativos exclusivos: pacientes nos estratos funcionais 9 e 10 na Escala Visual de Fragilidade (EVF) de Moraes e Lanna, classificados como "Baixa Complexidade" ou de qualquer estrato, classificado como em "Fase Final de Vida", segundo os critérios da classificação clínico-funcional dos idosos de Moraes *et al.* A análise estatística foi realizada por meio dos softwares GraphPad Prism7.04® e Microsoft Excel 2013®. **Resultados:** a média de idade foi 82,7 anos (DP 9,65), de escolaridade de 2,95 anos (DP 3,17) e de 4,6 medicamentos em uso (DP 2,49). O sexo feminino predominou (70%). O principal determinante do declínio funcional foi a incapacidade cognitiva (82%) – as custas de demência, seguida de perda da mobilidade (15%), alterações do humor (2%) e da comunicação (1%). A média do Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) foi de 4,87. A dor esteve presente em 41,7% da amostra, insuficiência familiar em 30,65%, diagnóstico de câncer em 6,7% e delirium em 5,5%. **Conclusão:** A amostra avaliada foi predominantemente feminina, com baixa escolaridade e portadora de alto grau de fragilidade. O principal determinante da perda funcional foi a incapacidade cognitiva associada à demência, presente em mais da metade da população.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Envelhecimento. Idoso. Estado Funcional. Fragilidade.

Referências:

1. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso, 5ª ed. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2016.
2. Williams BA, Chang A, Ahalt C, Chen H, Conant R, Landefeld CS, *et al.* CURRENT: Geriatria - Diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2015.
3. Moraes EN, Reis AMM, Lanna FM. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. 1ª ed. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2019.
4. Moraes EN. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
5. Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do Cuidado ao idoso Frágil. 1ª ed. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2016.
6. Moraes EN, Lanna FM. Incapacidade Cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2010.

Resumo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS INTERNADOS COM NEOPLASIAS DE LARINGE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL ENTRE OS ANOS DE 2017-2022

Matheus Siqueira do Nascimento Ramos[1], Matheus Oto Pereira do Nascimento[2], Silvia Elaine Cardozo Macedo [3].

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS - Brasil. E-mail: matheusiqueira025@gmail.com

[2] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), Pelotas, RS - Brasil. E-mail: matheus.nascimento@sou.ucpel.edu.br

[3] Docente na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS - Brasil. E-mail: silviaecmacedo@gmail.com

Introdução: A neoplasia de laringe é uma das neoplasias mais comuns dentre as de cabeça e pescoço sendo mais comum o tipo histológico de carcinoma de células escamosas. O fumo e o álcool são os principais fatores de risco, sendo que o fumo aumenta 10 vezes mais a chance de desenvolver neoplasia de laringe. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é analisar os casos de neoplasia de laringe no estado do Rio Grande do Sul no período compreendido entre 2017 a 2022. **Metodologia:** Este é um estudo de caráter epidemiológico. As informações apresentadas foram retiradas do Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Foram utilizados para delimitação do estudo o estado do Rio Grande do Sul, nas faixas etárias de 60 anos ou mais, sexo, cor/raça e caráter de atendimento desses pacientes referente ao período compreendido entre 2017-2022. **Resultados:** No período de análise desse estudo foram identificados 2.809 casos de Neoplasias Malignas de Laringe em idosos no estado do Rio Grande do Sul. Desses, 63% da população tinha entre 60 a 69 anos, 29% entre 70 a 79 anos e 7,5 % entre 80 anos ou mais. Sendo que do percentual total de casos, cerca de 87% eram do sexo masculino e 13% eram do sexo feminino. Ademais, cabe destacar que 60,1% do caráter de atendimento desses pacientes foram de urgência e 39,9 foram de caráter eletivo. Além disso, foi possível identificar em relação ao total de casos de internação que 79,8% eram Brancos, 4,2% eram pretos, 4,1% eram pardos, 0,5% eram amarelos e 11,4% não apresentaram informação quanto a raça/cor. **Conclusão:** De acordo com os dados apresentados nas bases de dados em saúde é possível identificar que os casos de neoplasias malignas de laringe em idosos no estado do Rio Grande do Sul são mais frequentes em idosos de 60 a 69 anos, do sexo masculino, brancos e em geral o caráter de atendimento desses pacientes são de urgência o que chama a atenção para a vigilância desta patologia na população idosa.

Palavras-chave: Câncer de laringe. Perfil epidemiológico. Tabagismo

Referências:

1. Baird BJ, Sung CK, Beadle BM, Divi V. Treatment of early-stage laryngeal cancer: A comparison of treatment options. Oral Oncol. 2018 Dec;87:8-16.
2. Cox SR, Daniel CL. Racial and Ethnic Disparities in Laryngeal Cancer Care. J Racial Ethn Health Disparities. 2022 Jun;9(3):800-811.
3. Forastiere AA, Ismaila N, Lewin JS, Nathan CA, Adelstein DJ, Eisbruch A, *et al.* Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018 Apr 10;36(11):1143-1169.
4. Hong SA, Tajudeen BA, Choi S, Husain IA. Epidemiology and prognostic indicators in laryngeal lymphoma: A population-based analysis. Laryngoscope. 2018 Sep;128(9):2044-2049.
5. Obid R, Redlich M, Tomeh C. The Treatment of Laryngeal Cancer. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2019 Feb;31(1):1-11.
6. Peller M, Katalinic A, Wollenberg B, Teudt IU, Meyer JE. Epidemiology of laryngeal carcinoma in Germany, 1998-2011.
7. Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, Higgins KA, Saba NF. An update on larynx cancer. CA Cancer J Clin. 2017 Jan;67(1):31-50.

Resumo

PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ACADÊMICAS DE MEDICINA SENSIBILIZADAS POR SIMULAÇÃO REALÍSTICA: RELATO DE CASO

Maria Clara Machado Saldanha[1], Letícia Fajardo Mendes[1], Maria Luisa Cardoso Ferreira[2], Raíssa Barbosa Magalhães[1], Gabriella Maciel Fiamoncini[3].

[1] Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG - Brasil
E-mail: mariamc.saldanha@gmail.com
2 Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), São João Del Rei, MG - Brasil
3 Médica de Família e Comunidade pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Pós-graduada em preceptoria de Medicina de Família e Comunidade com ênfase Clínica pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Pós-graduada em Cuidados Paliativos pela Faculdade Israelita de Ciência da Saúde Albert Einstein, Docente no Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG - Brasil
E-mail: gabifiamoncini@hotmail.com

Introdução: O idoso foi visto ao longo da história como um ser padronizado e previsível e, como reflexo desse olhar errôneo, estabeleceu-se nos atendimentos médicos uma conduta inflexível que não se adapta ao novo idoso: diverso e singular. O último Censo brasileiro estima um crescimento de aproximadamente 239% no número de pessoas idosas até 2050;[1] desse modo, a sensibilização de estudantes de Medicina em simulações realísticas no cenário universitário feita previamente às consultas na Unidade Básica de Saúde tornou-se imprescindível à formação médica atual seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2022. **Descrição do caso:** Acadêmicas do primeiro ano de Medicina do UniBH, submetidas a simulações em laboratório junto ao professor, realizaram primeira consulta e retorno de quatro pacientes entre 63 e 66 anos, sendo as principais demandas: mudança de ciclo de vida, luto, insuficiência familiar e vida sexual ativa. Durante as consultas simuladas, as estudantes aplicaram o Método Clínico Centrado na Pessoa[2] e apontaram como maiores dificuldades o primeiro e o terceiro componentes, os quais abordam a integralidade de vida do paciente. Tais problemas foram trabalhados durante o atendimento de retorno e auxiliaram na atuação no campo de estágio, pois as demandas dos pacientes eram majoritariamente similares às abordadas nas simulações. **Discussão:** A simulação promove o desenvolvimento de habilidades de entrevista clínica para a criação de um plano conjunto com o novo idoso. Nos treinamentos, lidamos com demandas semelhantes às dos sexagenários e aprendemos a abordar a realidade de envelhecimento populacional. Sendo pacientes atores, o ambiente torna-se protegido para o aluno em processo de aprendizagem e para o paciente da Atenção Primária assistido por estudantes que tiveram suas habilidades desenvolvidas previamente.[3] **Conclusão:** É evidente a importância das simulações para os atendimentos por permitir ao estudante desenvolver uma performance assertiva, confiante e que envolva os cuidados interdisciplinares necessários para a saúde do idoso. Isso se dá por meio de treinamentos de acordo com as necessidades da comunidade atendida, os quais são orientados por profissionais capacitados em um ambiente seguro, complementando o aprendizado teórico.[4]

Palavras-chave: Treinamento por Simulação. Educação Médica. Assistência Integral à Saúde.

Referências:

1. Marques JD, Mello JLC, Silva RBV, Magerl CC, Oliveira JP, Baptista GA, *et al.* Análise do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 dos idosos usuários do sistema único de saúde. Rev Soc Bras Clín Méd. 2019; 18(4):206-2013.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
3. Bienstock J, Heuer A. A review on the evolution of simulation-based training to help build a safer future. Medicine (Baltimore). 2022 Jun 24;101(25):e29503
4. Matlala S. Educators' perceptions and views of problem-based learning through simulation. Curationis. 2021 Mar 10;44(1):e1-e7.

Resumo

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Ana Carolina Augusto Rocha[1], Henrique Salmazo da Silva[2].

[1] Acadêmica do curso de medicina da Universitário Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF - Brasil.
E-mail: anacarolina.rocha22@gmail.com

[2] Docente da Universitário Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF - Brasil
E-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Introdução: O aumento da expectativa de vida impõe novos desafios sociais e de saúde pública. Diversos países defrontam-se com populações longevas e nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis ocupam carga expressiva dos cuidados de saúde. Intervir sobre os fatores causais associados ao aparecimento das doenças torna-se essencial para reduzir custos e aumentar a sobrevida livre de incapacidades. O sedentarismo tem sido um dos fatores mais prevalentes na população, exacerbando a prevalência de obesidade e as alterações associadas ao envelhecimento. Na pessoa idosa é possível observar uma redução da força máxima muscular, redução da massa óssea, podendo chegar à osteoporose, medo de cair, fragilidade, fraturas e sintomas depressivos. **Objetivos:** Relacionar a saúde e qualidade de vida da pessoa idosa com a prática de atividade física. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, utilizou-se como estratégia de busca os descritores "Saúde do Idoso", "envelhecimento", "exercício" e "Atividade Física" nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. Foram consideradas publicações em inglês e português, limitadas ao período de 1999-2016. Analisados por meio de uma leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 5 artigos. **Discussão:** A prática de atividade física se mostra benéfica para população idosa. Quando realizada de forma regular melhora a força e massa muscular e flexibilidade articular, além de aumentar a densidade mineral óssea e prevenir a perda de massa óssea. A capacidade de adaptação física ao exercício da pessoa idosa se mostra semelhante a observada nos mais jovens. Apesar disso, a prescrição de exercícios para os idosos, deve-se entender a aptidão física dessa pessoa, considerando o condicionamento cardiorrespiratório, força muscular, composição corporal e a flexibilidade. Desta forma, é possível preservar e estimular a independência e o desempenho funcional, além de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. Os benefícios da atividade física também se aplicam ao humor, autoestima, redução do estresse, desempenho cognitivo e socialização, ampliando a saúde cognitiva e mental. **Conclusão:** A prática de atividade física para a população idosa é fundamental para possibilitar um envelhecimento mais saudável. Observa-se a melhora da condição aeróbica, do desempenho funcional, da saúde física e mental das pessoas idosas.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Envelhecimento. Exercício Físico.

Referências:

1. Berlezia EM, Rosa PV, Souza ACA, Scheneider RH. Comparação antropométrica e do nível de aptidão física de mulheres acima de 60 anos praticantes de atividade física regular e não praticantes. Rev Bras Geriatr Geronrol. 2006;9(3):49-66.
2. Brito KQ, Menezes TN, Olinda RA. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. Rev Bras Enferm. 2016 Sep-Oct;69(5):825-832.
3. Gonçalves VC, Andrade K L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):289–299.
4. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli LK, Nahas RM, *et al.* Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. Rev Bras Med Esporte. 1999;5(6):207–211.
5. Oliveira AC, Oliveira NMD, Arantes PMM, Alencar MA. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):301–312.

Resumo

PRESBIACUSIA: DIMINUIÇÃO AUDITIVA RELACIONADA AO ENVELHECIMENTO

Clara Gomes Francisco[1], Márcia Cristina de Paula Gomes[2].

1 Acadêmica de Medicina na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG - Brasil. E-mail: claragomessf@gmail.com
2 Médica otorrinolaringologista preceptora da residência de Otorrinolaringologia no Núcleo de Otorrino BH, Belo Horizonte, MG - Brasil.

Introdução: Presbiacusia é a diminuição dos limiares auditivos associada ao envelhecimento e às consequentes alterações degenerativas do organismo. Caracteriza-se por perda neurossensorial simétrica, bilateral, de progressão lenta e em frequências acima de 2 kHz. Pode ser induzida por fatores genéticos, vasculares e neurais. Está presente em 21 a 27% dos idosos entre sessenta e oitenta anos e apresenta consequências expressivas na qualidade de vida. **Objetivos:** Tendo em vista que a perda audutiva é classificada como a terceira deficiência mais problemática na população idosa, após a dor crônica e restrição da atividade física, é de suma importância esclarecer a definição, prevalência e etiologia da Presbiacusia. Além de explicar sobre a histopatologia e quadro clínico da doença, visando diagnóstico e intervenção adequados pelos Otorrinolaringologistas. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa a partir de quatorze artigos retirados das bases de dados (PubMed, Google Acadêmico e SciELO), utilizando os descritores "Presbiacusia", "Perda auditiva" e "Pessoas com deficiência auditiva", em português e em inglês. **Discussão:** A Presbiacusia sensorial é o tipo mais comum de diminuição auditiva relacionada ao envelhecimento, inicia-se na meia idade e tem progressão lenta. Ocorre perda de células ciliadas e atrofia do nervo auditivo no giro basal da cóclea. A Presbiacusia neural é neurossensorial e rapidamente progressiva, apresenta diminuição significativa do reconhecimento de fala, fraqueza, perda da coordenação motora, problemas de memória e déficits cognitivos. Ocorre degeneração primária dos neurônios e das fibras nervosas, com perda maior na base da cóclea. A Presbiacusia mecânica é um distúrbio na motilidade mecânica coclear por conta do enrijecimento da membrana basilar e alternação nas características de ressonância do ducto coclear. Independente da classificação, a Presbiacusia se inicia na terceira e na quarta década de vida, sendo influenciada por predisposições genéticas, otoxicidade, exposição ao ruído, doenças autoimunes, infecções e doenças metabólicas. **Conclusão:** A população idosa está em ascensão no Brasil e no mundo, portanto é fundamental ampliar os programas de diagnóstico da presbiacusia, além da indicação adequada de aparelhos de amplificação sonora individual e da reeducação auditiva para os idosos com perda de audição, visando a melhoria da qualidade de vida.
Palavras-chave: Presbiacusia. Perda Auditiva. Pessoas com Deficiência Auditiva.

Referências:

1. Cacciatore F, Napoli C, Abete P, Marciano E, Triassi M, Rengo F. Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. Gerontology. 1999 Nov-Dec;45(6):323-8.
2. Cherko M, Hickson L, Bhutta M. Auditory deprivation and health in the elderly. Maturitas. 2016 Jun;88:52-7.
3. Davis AC, Ostri B, Parving A. Longitudinal study of hearing. Acta Otolaryngol Suppl. 1990;476:12-22.
4. Desjardins JL. Analysis of Performance on Cognitive Test Measures Before, During, and After 6 Months of Hearing Aid Use: A Single-Subject Experimental Design. Am J Audiol. 2016 Jun 1;25(2):127-41.
5. Espmark AKK. Hearing Problems in the Elderly - outsider and insider perspectives of presbyacusis. Göteborg: Departments of Geriatric Medicine and Audiology, Göteborg University, Karolinska Institute; 2002.
6. ogan, A, O'Loughlin, K, Davis, A, Kendig, H. Hearing loss and paid employment: Australian population survey findings. Int J Audiol 2009; 48:117–22.
7. Lichtenstein MJ. Avaliação audiológica dos idosos. In: Musiek FE, Rintelmann WF. Perspectivas atuais em avaliação auditive. São Paulo: Manole; 2001.
8. Musiek FE, Rintelmann WF. Perspectivas atuais em avaliação auditiva. Barueri: Manole; 2001.
9. Rönnberg J. Cognition in the hearing impaired and deaf as a bridge between signal and dialogue: a framework and a model. Int J Audiol. 2003 Jul;42 Suppl 1:S68-76.
10. Schuknecht HF, Gacek MR. Cochlear pathology in presbycusis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1993 Jan;102(1 Pt 2):1-16.
11. Schuknecht H. Further observations on the pathology of presbycusis. Arch Otolaryngol. 1964 Oct;80:369-82.
12. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicaão de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saude Publica. 2003 May-Jun;19(3):705-15.
13. Veras RP, Mattos LC. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(1):128-34.
14. Wong AC, Ryan AF. Mechanisms of sensorineural cell damage, death and survival in the cochlea. Front Aging Neurosci. 2015 Apr 21;7:58.

Resumo

PREVALÊNCIA DE POLIFARMÁCIA EM IDOSOS FRÁGEIS RESIDENTES NA COMUNIDADE E EM ILPI

Samuel de Araújo Gomes[1], Regina Safar Aziz Antônio[1], Flávia Lanna de Moraes[2].

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG - Brasil
[2] Especialista em Geriatria pela SBGG. Preceptora da Residência Médica em Geriatria do HC-UFMG. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFM, desde 1999. Coordenadora do Programa Mais Vida em Casa da SMSA/PBH. Médica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte desde 2002, atuando no Programa de Saúde da Família até 2007. Médica Geriatra do Centro Mais Vida do HC-UFMG, desde 2010. Belo Horizonte, MG - Brasil.
E-mail: flavia.lanna@pbh.gov.br

Introdução: O conceito de polifarmácia é variável, mas, normalmente, é definido como uso diário de cinco ou mais medicamentos de classes diferentes. Pode ser considerada, isoladamente, uma condição crônica de saúde, pois está associada a maior risco de desfechos adversos em idosos frágeis. **Métodos:** Foram descritos, de forma comparativa, idosos restritos ao domicílio e residentes em ILPI, acompanhados por equipe geriátrico-gerontológica especializada, quanto ao número médio de medicamentos em uso. As prevalências de polifarmácia foram comparadas entre os dois locais. O Teste t de student e teste do Qui-Quadrado foram utilizados para comparação de proporções. Considerou-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Analisaram-se 385 idosos: 310 restritos ao domicílio e 75 residentes em ILPI. Comparativamente aos pacientes domiciliares, os do asilo eram, em média, menos idosos (80,6 versus 78,9 anos) e tinham maior proporção de mulheres (74,6% versus 67,5%). Houve diferenças quanto ao consumo de medicamentos entre o domicílio e a ILPI. A prevalência de polifarmácia nos residentes em ILPI e na comunidade foi de 84% e 57,9%, respectivamente. O número variou de nenhum a 27 em casa e, na ILPI, variou de nenhum a 15 medicamentos. O uso de 10 ou mais medicamentos por dia foi encontrado em 33 (10,6%) e 15 (20%) dos idosos residentes no domicílio e na ILPI, respectivamente. No domicílio, o número mais comum de medicamentos consumidos foi 4 (41 idosos; 13,2%), enquanto na ILPI, foi 5 (16 idosos; 21,3%). O número médio em casa foi 5,4 (DP=3,3) e, na ILPI, 7,0 (DP=3,2). Houve diferenças estatisticamente significativas entre essas proporções ($p<0,001$). **Conclusões:** A prevalência de polifarmácia foi bastante elevada na amostra analisada, provavelmente, por se tratar de idosos com alto grau de fragilidade clínico-funcional. Idosos residentes em ILPI foram significativamente mais propensos à polifarmácia quando comparados com aqueles residentes no domicílio, principalmente, quando se avalia o uso diário de 10 medicamentos ou mais. O manejo da polifarmácia em idosos frágeis é, portanto, fundamental para se evitar o risco de iatrogenia. Todavia, deve estar claro que polifarmácia não é sinônimo de iatrogenia, pois alguns idosos têm indicação do uso de vários medicamentos.

Palavras-chave: Polimedicação. Idoso. Fragilidade. Instituição de Longa Permanência para Idosos

Referências

1. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso, 5ª ed. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2016.
2. Williams BA, Chang A, Ahalt C, Chen H, Conant R, Landefeld CS, *et al.* CURRENT: Geriatria - Diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2015.
3. Moraes EN, Reis AMM, Lanna FM. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. 1ª ed. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2019.
4. Moraes EN. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
5. Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do Cuidado ao idoso Frágil. 1ª ed. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2016.
6. Moraes EN, Lanna FM. Incapacidade Cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso. Belo Horzionte: Folium Editorial; 2010.

Resumo

QUADRO DEPRESSIVO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PACIENTES IDOSOS

João Vitor Rodrigues Barroso[1], Luiz Fernando Silva Melo[2], Marcos Eduardo Batista[2], Vinicius Lopes Corgosinho[2], Geraldo Raimundo Barroso[3].

[1,2] Acadêmico do curso de Medicina da faculdade Centro Universitário de Belo Horizonte; Belo Horizonte, MG - Brasil
[3]Especialista em psicoterapia, psicanalise e psicopedagogia (Título de psicanalista FUNrei, 1988; Título de psicopedagogia Simonsen, 1988) Graduado em Psicologia (FUNrei). São João Del Rei, MG - Brasil.
* Email do autor principal: joaovitort99@hotmail.com

Introdução: A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência. Aproximadamente 50 milhões de pessoas no mundo possuem diagnóstico de DA, com expectativa de aumento para cerca de 75 milhões até 2030. Apesar dos danos cognitivos e funcionais serem os mais prevalentes em pacientes com DA, sintomas neuropsiquiátricos, como os da depressão, elevam as taxas de incapacidade e impactam a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias. **Objetivo:** O presente artigo tem como objetivo elucidar as manifestações dos sintomas da depressão no idoso e como um quadro depressivo em longevos pode ser um indício da DA. **Metodologia:** Para a produção do presente artigo foi-se realizada uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, SciELO e PubMed. Foram selecionados artigos que se enquadraram na linha de pesquisa, sem restrição de tipo de estudo, data da publicação ou idioma. **Discussão:** A depressão é o segundo sintoma neuropsiquiátrico mais comum em pacientes com DA, atrás apenas da apatia. A depressão também é um indício de progressão de uma cognição normal para demência. Isso ocorre devido aos danos que o hipocampo sofre, como sua atrofia. Contudo, não há associação entre essa diminuição de volume com os depósitos amiloides característicos da DA. Entretanto, mesmo não havendo relação direta, seu diagnóstico precoce em longevos com DA é de suma importância para que não haja um maior comprometimento cognitivo e para que haja maior qualidade de vida. Entre as maiores dificuldades em se realizar o diagnóstico de depressão nesses indivíduos está a interpretação das queixas que eles apresentam, que não se enquadram nas de um transtorno depressivo maior. Frequentemente não relatam humor deprimido, mas sim sintomas menos específicos, como insônia, anorexia, fadiga sintomas de dor resistentes ao tratamento, sintomas gastrointestinais inexplicáveis e aumento da dependência. **Conclusão:** Conclui-se que apesar do diagnóstico de depressão em idosos ser difícil de ser realizado devido as manifestações clinicas que se confundem com apatia, seu diagnóstico e o rastreio de outros fatores de risco para doença de Alzheimer podem ser de suma importância para diagnostico de DA em estágios iniciais, o que será fundamental para início do tratamento precoce.

Palavras-chave: Depressão. Doença de Alzheimer. Idoso. Depressão tardia.

Referencias

1. Peters ME, Schwartz S, Han D, Rabins PV, Steinberg M, Tschanz JT, *et al.* Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study. Am J Psychiatry. 2015 May;172(5):460-5.
2. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. Am J Psychiatry. 2005 Nov;162(11):2086-93.
3. Lopez OL, Becker JT, Sweet RA, Klunk W, Kaufer DI, Saxton J, *et al.* Psychiatric symptoms vary with the severity of dementia in probable Alzheimer's disease. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2003 Summer;15(3):346-53
4. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, *et al.* Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. J Affect Disord. 2001 Oct;66(2-3):225-36.
5. Holmes C, Arranz M, Collier D, Powell J, Lovestone S. Depression in Alzheimer's disease: the effect of serotonin receptor gene variation. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2003 May 15;119B(1):40-3.
6. Hickie I, Scott E, Naismith S, Ward PB, Turner K, Parker G, *et al.* Late-onset depression: genetic, vascular and clinical contributions. Psychol Med. 2001 Nov;31(8):1403-12.
7. Unützer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. Int Psychogeriatr. 2000 Mar;12(1):15-33.
8. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, *et al.* Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA. 2002 Dec 11;288(22):2836-45.
9. Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, Breitner JC, *et al.* Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. Am J Geriatr Psychiatry. 2002 Mar-Apr;10(2):125-8.
10. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Oct;14(10):858-65.
11. Andrieu S, Coley N, Rolland Y, Cantet C, Arnaud C, Guyonnet S, *et al.* Assessing Alzheimer's disease patients' quality of life: Discrepancies between patient and caregiver perspectives. Alzheimers Dement. 2016 Apr;12(4):427-37.

Resumo

QUALIDADE E PERCEPÇÃO DO SONO EM IDOSOS

Guilherme Dantas Ximenes Melo[1], Maria Eduarda Sousa de Oliveira[1], Hiroki Shinkai[2]

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará Campus Sobral, Sobral, CE - Brasil
E-mail: guilhermedxm13@alu.ufc.br
2 Docente da Universidade Federal do Ceará Campus Sobral, Sobral, CE - Brasil
E-mail: hiroki@ufc.br

Introdução: No atual contexto populacional, o envelhecimento se tornou um fenômeno cada vez mais comum, necessitando de adaptação tanto dos países desenvolvidos como dos países em desenvolvimento. Outrossim, alguns problemas surgem durante o processo de envelhecimento, sendo o sono uma condição muito afetada por diversos fatores, como: dor, fatores ambientais, desconfortos emocionais e alterações no padrão do sono. Ademais, parcela da população idosa não tem percepção em relação a essa diminuição da qualidade do sono, por considerar normal da senescência, recorrendo, assim, ao uso de hipnóticos com o fito de mitigar esse dilema, correspondendo a cerca de 30% do consumo desse tipo de medicamento a longo prazo. Com isso, é importante a atualização profissional, a fim de buscar atenuar esse problema de saúde nessa população. **Objetivos:** Entender e analisar os aspectos que interferem na qualidade de sono dos idosos, além de relacionar a percepção inadequada desse fenômeno com a má qualidade do sono **Metodologia:** Para a realização deste resumo foi utilizado o desenho de uma revisão narrativa, abrangendo a leitura e análise de artigos em bancos de dados, como: SciELO, PubMed e Google Scholar. Foram selecionados os artigos que tiveram maior relação com o tema. **Discussão:** Idosos, no geral, tem maior dificuldade para perceber alterações no sono, uma vez que consideram essas mudanças algo comum do processo de envelhecimento. Esses fatores ocorrem por processos fisiológicos intrínsecos a senescência, ocasionando fadiga diurna, irritabilidade e prejuízo na realização das atividades diárias. Portanto, para tentar diminuir esses efeitos no sono, é necessário o incentivo e manutenção de rotinas diárias de educação para a higiene do sono e, se possível, atividade física, para compensar essas deficiências intrínsecas à idade e estimular a sincronização do ritmo sono-vigília. **Conclusão:** Infere-se, a necessidade de mais atenção com relação a qualidade de sono dos idosos, uma vez que esse fator interfere diretamente nas condições de vida e saúde do indivíduo, carecendo de ações que promovam discussões sobre esse tema.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade. Sono. Percepção.

Referências:

1. Geib LTC, Cataldo Neto A, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2003 Dec;25(3):453–65.
2. Araújo CL, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2010 Sep;44(3):619-26.
3. Wannmacher L. Como manejar a insônia em idosos: riscos e benefícios. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. 2007;4(5).
4. Moreira TM, Ferreira OA, Rodrigues SM. COMPORTAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE IDOSOS USUÁRIOS DO SUS. Revista Científica do ITPAC, Araguaína. 2019;12(1):65-77.
5. Oliveira BH, Yassuda MS, Cupertino AP, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. Cien Saude Colet. 2010 May;15(3):851-60.
6. Santos AA, Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF, lost Pavarini SC. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. Rev Bras Enferm. 2013 May-Jun;66(3):351-7.

Resumo

RELAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DA DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA CRÔNICA NO AGRAVAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA DO IDOSO: REVISÃO DE LITERATURA

Aline Castro de Almeida[1], Fernanda Souza Silva[2]

[1] Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte – MG, Brasil. Email: aline.castro1997.ac@gmail.com
[2] Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte – MG, Brasil

Autor correspondente: Aline Castro de Almeida
Email: aline.castro1997.ac@gmail.com

Introdução: É importante compreender os mecanismos da Retinopatia Diabética, em todos os seus aspectos fisiológicos e patológicos, para que seja possível entender as razões de uma complicação no diagnóstico e até mesmo agravamento devido à descompensação prévia da Diabetes Mellitus. Neste trabalho foram abordados os tópicos: Fatores de Risco da Retinopatia Diabética; Patogênese da Retinopatia Diabética na Diabetes Mellitus; Fisiopatologia da Retinopatia Diabética na Diabetes Mellitus; Classificação da Retinopatia Diabética; Agravamento da Retinopatia Diabética na Diabetes Mellitus no Idoso. **Objetivos:** Avaliar e revisar os artigos científicos encontrados na literatura, disponíveis nos idiomas inglês e português, no formato digital, acerca da temática sobre relação da descompensação da Diabetes Mellitus com agravamento da Retinopatia Diabética no Idoso. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, utilizando-se os descritores "agravamento", "diabetes mellitus", "retinopatia diabética" e "geriatria". Foram selecionados artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra e na forma online, nas bases de dados PubMed, MEDLINE e SciELO, no período compreendido entre os anos de 1994 e 2018. **Discussão:** Relaciona-se em uma tabela, os 12 artigos originais selecionados para a revisão integrativa, os quais são descritos os nomes dos autores, ano de publicação dos artigos, títulos dos artigos, objetivos dos artigos, tipo de estudo dos artigos e resultados dos artigos. **Conclusão:** Foi possível compreender os mecanismos vigentes ao agravamento da Retinopatia Diabética. Ademais, é importante ressaltar a necessidade de mais estudos envolvendo as discussões acerca dessa temática, para que seja possível vislumbrar um bem estar maior aos pacientes com a patologia.

Palavras-chave: Agravamento. Diabetes Mellitus. Retinopatia Diabética. Geriatria.

Referências

1. ACCORD Study Group; ACCORD Eye Study Group; Chew EY, Ambrosius WT, Davis MD, Danis RP, *et al.* Effects of medical therapies on retinopathy progression in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2010 Jul 15;363(3):233-44.
2. Boelter MC, Azevedo MJ, Gross JL, Lavinsky J. Fatores de risco para retinopatia diabética. Arq Bras Oftalmol 2003;66:239-47.
3. Bosco A, Lerário AC, Soriano D, Santos RF, Massote P, Galvão D, *et al.* Retinopatia diabética. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2005 Apr;49(2):217-27.
4. Colagiuri S, Lee CM, Wong TY, Balkau B, Shaw JE, Borch-Johnsen K, *et al.* Glycemic thresholds for diabetes-specific retinopathy: implications for diagnostic criteria for diabetes. Diabetes Care. 2011 Jan;34(1):145-50.
5. Corrêa, ZMS, Eagle Jr, R. Aspectos patológicos da retinopatia diabética. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(3):410-4.
6. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Progression of retinopathy with intensive versus conventional treatment in the Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Ophthalmology. 1995 Apr;102(4):647-61.
7. Engerman RL. Pathogenesis of diabetic retinopathy. Diabetes. 1989 Oct;38(10):1203-6.
8. Esteves J, Laranjeira AF, Roggia MF, Dalpizol M, Scocco C, Kramer CK, *et al.* Fatores de risco para retinopatia diabética [Diabetic retinopathy risk factors]. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2008 Apr;52(3):431-41.
9. Fong DS, Aiello L, Gardner TW, King GL, Blankenship G, Cavallerano JD, *et al.* Retinopathy in diabetes. Diabetes Care. 2004 Jan;27 Suppl 1:S84-7.
10. Henriques J, Vaz-Pereira S, Nascimento J, Rosa PC. Doença Ocular Diabética. Acta Med Port. 2015 Jan-Feb;28(1):107-13.
11. Maia Jr OO, Marback RF, Bonanomi MT, Takahashi WY, Kara-José N. Avaliação oftalmológica tardia em portadores de retinopatia diabética. Rev Assoc Med Bras (1992). 2007 Jan-Feb;53(1):39-43.
12. Mendanha DBA, Abrahão MM, Vilar MMC, Nassaralla Junior JJ. Fatores de risco e incidência da retinopatia diabética. Rev Bras Oftalmol. 2016; 75 (6): 443-6.
13. Nentwich MM, Ulbig MW. Diabetic retinopathy - ocular complications of diabetes mellitus. World J Diabetes. 2015 Apr 15;6(3):489-99.
14. Silveira VD, Malfatti G, Garbin JGM, Romani F, Vargas JAA. Atualizações no manejo de retinopatia diabética: revisão de literatura. Acta Méd. 2018;39(1):293-306.
15. Stewart MW. Pathophysiology of Diabetic Retinopathy. In: Browning, D. Diabetic Retinopathy. Springer: New York, NY; 2010. p. 1-30.
16. Tarr JM, Kaul K, Wolanska K, Kohner EM, Chibber R. Retinopathy in diabetes. Adv Exp Med Biol. 2012;771:88-106.
17. Wang W, Lo ACY. Diabetic Retinopathy: Pathophysiology and Treatments. Int J Mol Sci. 2018 Jun 20;19(6):1816.
18. Watkins PJ. Retinopathy. BMJ. 2003 Apr 26;326(7395):924-6.

Resumo

SENESCÊNCIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO E SUA CORRELAÇÃO COM A FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS

Wagton Carlos Da Silva[1], Letícia Silva Gabriel[2].

1Graduado em Fisioterapia. UniBH. Belo Horizonte, MG - Brasil. E-mail: wagtoncarlos@gmail.com.
2Docente do curso de Fisioterapia, Universidade do Estado de Minas (UEMG). Mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG). Pará de Minas, MG - Brasil. E-mail: leticiagabriel_fisio@hotmail.com.

Introdução: O processo de envelhecimento é muitas vezes caracterizado como mudanças morfofisiológicas e biopsicossociais que provocam alterações funcionais e estruturais no organismo. Essas alterações também influenciam na capacidade respiratória da pessoa idosa, favorecendo uma redução da capacidade funcional e levando à perda de adaptação ao ambiente. Tais alterações ocasionam na diminuição da independência do idoso nas atividades de vida diária (AVD's), a necessidade de cuidados e auxílio para realizá-las. **Objetivo:** Realizar uma revisão integrativa da literatura nas principais bases de dados científicas acerca das alterações fisiológicas dos sistemas respiratório relacionados ao envelhecimento e seu impacto na funcionalidade de pessoas idosas senescentes. **Metodologia:** A busca foi realizada em novembro de 2022, nas bases de dados PubMed, MEDLINE, Lilacs e SciELO. Os critérios de elegibilidade incluem artigos completos, no idioma inglês, português ou espanhol, sem delimitação de recorte temporal e responder à pergunta norteadora. Foram excluídos estudos de casos, opiniões de especialistas, revisões de literatura, resumos em anais de congressos, livros, dissertações e teses. Foram excluídos também, trabalhos que não abordassem as alterações fisiológicas em pessoas idosas saudáveis ou que apresentassem patologias associadas ao processo de envelhecimento. **Discussão:** Dos 218 artigos levantados, 11 foram selecionados para esta revisão. Os estudos revelaram que ocorre um declínio gradual na força e resistência da musculatura respiratória tanto na inspiração quanto na expiração, uma redução na elasticidade do tecido e na complacência pulmonar, bem como uma redução importante nas capacidades, volumes e ventilação pulmonar que resultam no declínio da capacidade funcional de pessoas idosas, prejudicando a realização das suas atividades de vida diária. **Conclusão:** Conclui-se que o processo de envelhecimento altera a morfologia e a funcionalidade do sistema respiratório, formando uma rede causal no declínio da capacidade funcional de pessoas idosas, sendo necessário compreender melhor o processo de envelhecimento fisiológico e seus impactos funcionais para fornecer uma melhor atenção a população idosa.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Sistema Respiratório. Funcionalidade. Senescência

Referências:

1. Watsford ML, Murphy AJ, Pine MJ. The effects of ageing on respiratory muscle function and performance in older adults. J Sci Med Sport. 2007 Feb;10(1):36-44.
2. Tramont CV, Faria AC, Lopes AJ, Jansen JM, Melo PL. Influence of the ageing process on the resistive and reactive properties of the respiratory system. Clinics (Sao Paulo). 2009;64(11):1065-73.
3. Freitas FS, Ibiapina CC, Alvim CG, Britto RR, Parreira VF. Relação entre força de tosse e nível funcional em um grupo de idosos. Rev Bras Fisioter. 2010;14(6):470-6.
4. Simões LA, Dias J, Marinho KC, Pinto CL, Britto RR. Relação da função muscular respiratória e de membros inferiores de idosos comunitários com a capacidade funcional avaliada por teste de caminhada. Rev Bras Fisioter. 2010;14(1):24-30.
5. Fabron EMG, Sebastião LT, Oliveira GAGd, Motonaga SM. Medidas da dinâmica respiratória em idosos participantes de grupos de terceira idade. Rev. CEFAC. 2011 Set-Out; 13(5):895-901.
6. Rosa RS, Bianchi PDA, Hansen D, Monschau BT. Alterações fisiológicas da força muscular respiratória decorrente do envelhecimento sobre a funcionalidade de idosos. Fisioter Bras. 2014;15(1):16-21.
7. Yohannes AM, Tampubolon G. Changes in lung function in older people from the English Longitudinal Study of Ageing. Expert Rev Respir Med. 2014 Aug;8(4):515-21.
8. Adachi D, Yamada M, Nishiguchi S, Fukutani N, Hotta T, Tashiro Y, *et al.* Age-related decline in chest wall mobility: a cross-sectional study among community-dwelling elderly women. J Am Osteopath Assoc. 2015 Jun;115(6):384-9.
9. Darquenne C, Prisk GK. The Effect of Aging on Aerosol Bolus Deposition in the Healthy Adult Lung: A 19-Year Longitudinal Study. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2020 Jun;33(3):133-139.
10. Ruivo S, Viana P, Martins C, Baeta C. Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar. Comparação da função respiratória entre adultos e idosos saudáveis. Rev Port Pneumol. 2009;15(4):629-53.
11. Subramaniam K, Kumar H, Tawhai MH. Evidence for age-dependent air-space enlargement contributing to loss of lung tissue elastic recoil pressure and increased shear modulus in older age. J Appl Physiol (1985). 2017 Jul 1;123(1):79-87.

Resumo

TROMBOEMBOLISMO VENOSO: PROFILAXIA EM PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS

Luiza Carolina de Souza Teixeira[1], Rafaela Amaral Matos[2], Evanilza Renata Pereira[3]

[1]Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG – Brasil. E-mail: luizacarolina1997@gmail.com
[2]Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG – Brasil.
[3]Docente na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo-Horizonte, MG - Brasil. E-mail: evarenata@icloud.com

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma condição clínica caracterizada pelo desenvolvimento de trombos no sistema venoso que são expressos pela trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP).[1] O processo de envelhecimento é responsável por inúmeras alterações de caráter multifatorial em que há modificações de todo o organismo, expondo-o a susceptíveis agressões. As alterações no sistema vascular e de coagulação são situações que, somadas à vulnerabilidade do idoso hospitalizado, como mobilidade reduzida, morbidades e sistema imune deficitário, contribuem para a evolução de eventos tromboembólicos. **Objetivos:** Revisar a literatura científica, elucidando medidas profiláticas em eventos tromboembólicos venosos em pacientes idosos hospitalizados. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão literária, em que foram realizadas pesquisas na base de dados SciELO e PubMed de artigos datados entre 2010 e 2021, com os descritores "Trombose venosa" e "Prevenção de doenças". **Discussão:** O tromboembolismo venoso é provocado por um conjunto de fatores que ocasionam um desequilíbrio entre componentes anti e pró-embólicos no organismo.[1] A clínica pode se manifestar com sinais flogísticos, dilatação das veias do membro afetado e dor à palpação.[3] Entretanto, na maior parte dos casos, o comprometimento venoso pode ser assintomático e ocorrer preferencialmente em membros inferiores, dificultando o rastreio correto.[2] Com o objetivo de diminuir os diagnósticos errôneos e auxiliar na estratificação de risco, o Score de Pádua é utilizado para individualizar cada paciente e identificar aqueles que possuem riscos potenciais.[4] Desse modo, pacientes hospitalizados que cursam com TEV ou que tenham predisposição, necessitam de tratamentos personalizados.[1] A heparina de baixo peso molecular é o fármaco preferencialmente utilizado e contraindicado para pacientes que tenham sangramento ativo ou de alto risco.[5] Além da terapia medicamentosa, os métodos mecânicos como a compressão pneumática intermitente e a meia elástica de compressão graduada impedem a estase sanguínea e o retorno venoso.[6] **Conclusão:** O estabelecimento de um protocolo clínico com a estratificação de risco para prevenção do tromboembolismo em pacientes internados é de grande importância. A utilização de medidas profiláticas com terapias medicamentosas e mecânicas auxiliam no manejo adequado e podem ser usadas em associação ou de forma independente de acordo com o perfil e demanda do paciente.

Palavras-chave: Envelhecimento. Hospitalização. Tromboembolia venosa.

Referências

1. Barp M, Malaquias SG, Nunes CAB, Kumakura ARSO, Rezende MAD, Pagotto V. Cuidado ao idoso em distanciamento social durante a pandemia: prevenção do tromboembolismo venoso. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2ª ed. rev. Brasilia, DF: Editora ABen; 2020. p 122-130.
2. Menezes JM. Tromboprofilaxia em pacientes hospitalizados - uma revisão narrativa [Conclusão de Curso] Brasília: Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Educação e Saúde; 2018.
3. Pitta GBB, Gomes RR. A frequência da utilização de profilaxia para trombose venosa profunda em pacientes clínicos hospitalizados. J Vasc Bras. 2010 Dec;9(4):220–8.
4. Burihan MC, Campos Júnior W. Consenso e Atualização na Profilaxia e no Tratamento do Tromboembolismo Venoso. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
5. Protocolo Clínico (PRC) Protocolo sobre profilaxia de tromboembolismo venoso. [Internet]. Available from: http://www.santacasabh.org.br/app/webroot/files/uploads/Protocolo%20sobre%20profilaxia%20de%20tromboembolismo%20ven
6. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital de Clínicas. PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. 2021. p. 1-8.

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:
a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.
d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.
e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.
f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;
g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;
h) Imagem: Flagrantes registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referencias para estudo do assunto;
i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 , e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explicito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
7.Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Estilo Vancouver - disponível em: <http://www.icmje.org/>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referencias consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:
a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ções); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);
b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (http://bvsalud.org/);
c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;
d. Agradecimentos (Opcional);
e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;
i. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:
a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;
b. Resumo em Português com Palavras-Chave;
c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords
d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;
f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento
g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;
h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.

A RMMG É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTES INSTITUIÇÕES:

PATROCINADORES