

PALAVRA DO EDITOR

A proposta da Applied Health Sciences é proporcionar aos pré-universitários e universitários um espaço para publicação de suas descobertas e estudos apresentando-as à sociedade e comunidade científica.

O espaço de discussão dessa revista é multidisciplinar e busca reunir e divulgar informações científicas nas mais diversas áreas que convertem em um ponto em comum, a saúde e bem-estar humano.

Agrademos o interesse e engajamento de todos os autores e membros do corpo editorial nessa busca pelo conhecimento e acreditamos que ao disponibilizarmos esse espaço de publicações contribuímos com o desenvolvimento científico no Brasil.

Boa leitura!

Mônica de Oliveira Santos

Editor

EXPEDIENTE

Sociedade Brasileira de Ciências Aplicadas à Saúde – SBCSaúde.

Presidente

Dra. Mônica de Oliveira Santos

Presidente Científico

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

EDITORES

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dra. Mônica de Oliveira Santos

CO-EDITORES

Dr. Lucas Silva de Oliveira

Dra. Aline Raquel Voltan

Corpo editorial

Dr. Aroldo Vieira de Moraes Filho

Dra. Aline Helena da Silva Cruz

Dra. Aliny Pereira de Lima

Dra. Andrielle de Castilho Fernandes

Dra. Carolline Silva Borges

Dra. Debora de Jesus Pires

Dra. Lilian Carla Carneiro

Dra. Mônica Santiago Barbosa

Dra. Patricia Fernanda Zambuzzi Carvalho

Dra. Juliana Santana De Curcio

Me. Karla Cardoso da Silva

Me. Lorena Motta Silva

Dr. Luiz Paulo Araújo dos Santos

APOIO TÉCNICO

Me. Bruno Lemes

Acesso:

ISSN: 2595-8046

<http://sbcsaude.org.br/site/editora-sbcsaude/applied-health-sciences/>

ou

<http://editorasaude.com.br/applied-health-sciences>

Sumário

ESTUDO DE CASO: DIABETES MELLITUS	6
ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO COM A FAMILIA ADOTADA: MICROCEFALIA	13
ESTUDO DE CASO DE UMA PACIENTE DIABÉTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19
IMPACTO QUE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER CAUSA E DESAFIOS ENFRENTADOS.....	27
INFLUÊNCIA GENÉTICA NOS TRANSTORNOS MENTAIS: RELATO DE CASO	35
INTERVENÇÃO A PARTIR DO USO DO ARCO DE MAGUERZ A UM PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO	45
ASSOCIAÇÃO DE SOFRIMENTO EMOCIONAL RESULTANTE DO LUTO COM VALORES GLICÊMICOS EM PACIENTES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS COM DIABETES TIPO 2.....	51
MANEJO DE UMA FAMILIA COM IMPETIGO SEGUNDO O ARCO DE MAGUERZ	63
MANEJO DE UM PACIENTE COM ALZHEIMER SEGUNDO O ARCO DE MAGUERZ.....	71
MANEJO DE UM PACIENTE IDOSO COM POLIFARMÁCIA SEGUNDO O ARCO DE MAGUERZ...	82
DIRETRIZES PARA AUTORES.....	89

ESTUDO DE CASO: DIABETES MELLITUS

*Sara Borges de Oliveira, Lucas Mezza Dourado, Gabriela Mezza Dourado, Kalil do Carmo Cunha Porto, Renata Pedroso Carvalho, Michel Reis Esselin Biancardini, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho¹ Nubia Aguiar Marinho**

Resumo

Este artigo tem como foco demonstrar as experiências que alunos do curso de medicina tiveram do Programa da Integração com a Estratégia da Saúde da Família (Pinesf). Além de apresentar a experiência adquirida com uma família adotada durante a realização do programa. As intervenções foram realizadas com uma paciente Obeso, hipertenso com diabetes mellitus e teve um Acidente Vascular Encefálico (AVE) residente no município de Aparecida de Goiânia. Realizou-se análise da literatura concomitantemente com a intervenção para resolução dos problemas levantados. Lançou-se mão do arcabouço teórico do arco de Magueréz, fornecido pela proposta: observação, teorização e ação. Ao término das intervenções domiciliares, os resultados apontaram a aproximação em direção às metas pedagógicas propostas.

Palavras-chave: teorização, Arco de Magueréz, Diabetes mellitus, Acidente Vascular Encefálico.

Abstract

This article aims to demonstrate the experiences that medical students have had from the Integration Program with the Family Health Strategy (Pinesf). In addition to presenting the experience gained with a family adopted during the realization of the program. The interventions were performed with an obese, hypertensive patient with decompensated diabetes mellitus, living in the city of Aparecida de Goiânia. The literature was analyzed concomitantly with the intervention to solve the problems raised. The theoretical framework of the arch of Magueréz, provided by the proposal: observation, theorization and action was used. At the end of the home interventions, the results indicated the approximation towards the proposed pedagogical goals.

Key points: theorizing, Arch of Magueréz, Hypertension, Diabetes mellitus

¹ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

A diabetes é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, causando um aumento da glicose (açúcar) no sangue. A diabetes acontece porque o pâncreas não é capaz de produzir o hormônio insulina em quantidade suficiente para suprir as necessidades do organismo, ou porque este hormônio não é capaz de agir de maneira adequada (resistência à insulina). A insulina promove a redução da glicemia ao permitir que o açúcar que está presente no sangue possa penetrar dentro das células, para ser utilizado como fonte de energia. Portanto, se houver falta desse hormônio, ou mesmo se ele não agir corretamente, haverá aumento de glicose no sangue e, conseqüentemente, o diabetes. O número de doentes com diabetes mellitus tem crescido em proporções epidêmicas e a doença pode levar a lesão de órgãos-alvo após vários anos de hiperglicemia, resultando em maior necessidade de cuidados de saúde. Uma das grandes complicações da doença refere-se à ulceração do pé diabético, que representa um problema médico, social e económico em todo o mundo e que será objeto de estudo dessa pesquisa. De acordo com Organização Mundial de Saúde, o “Pé Diabético” é a infecção ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas, um estado fisiopatológico multifacetado caracterizado por lesões que surgem nos pés da pessoa com diabetes e ocorrem em consequência de doença vascular periférica no membro inferior, que ocorrem em ocorrência da neuropatia diabética

(BRASIL, 2012).

O risco de um diabético desenvolver úlcera de pé ao longo da vida chega a atingir 25% e acredita-se que em cada 30 segundos ocorre uma amputação do membro inferior. (DUARTE; GONÇALVES, 2011).

Sendo assim, é fundamental manter em todos os momentos a diabetes a mais controlada possível. É uma preocupação básica no tratamento do pé diabético. Partindo dessa realidade, como futuros médicos, compreendemos que o nosso papel na condição de estudantes e pesquisadores deve ir além das salas de aula e dos laboratórios, para que nos aproximemos do contexto vivido pelos pacientes com Pé Diabético, aprimorando o conhecimento teórico por meio da prática, que nesse estudo assume caráter científico, mas, sobretudo, social e humano.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a da Problematização que tem origem na concepção da educação histórico-crítica, com propósito maior de preparar o estudante/ ser humano na tomada de consciência do seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo (BERBEL, 1999).

Para isso, fizemos uso da teoria do Arco de Charles Maguerez, que se traduz em uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização. Consta de cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da realidade, os pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade, que estão arroladas nas páginas seguintes (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

A metodologia da problematização tensiona o modelo tecnocientífico, com seus processos de análise da realidade e de construção do conhecimento. Pode mesmo vir a reorientar o entendimento sobre adoecimento, pois garante maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo/paciente.

ETAPA 1 – OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

De maneira aleatória, escolhemos um setor da periferia de Aparecida de Goiânia para realizarmos a pesquisa. Encontramos o senhor S.B.S, portador de Diabetes Mellitus, hipertensão que aceitou nos receber e iniciar o tratamento da lesão por meio de curativos e medicamentos. Este senhor tem 60 anos de idade, é natural do Aparecida de Goiânia, casado, aposentado e reside em uma casa simples. Nesta casa, moram o paciente S.B.S, a esposa e os dois filhos. O paciente relata que foi diagnosticado com Diabetes Mellitus há 20 anos, a doença progrediu com doença do pé diabético, em ambos os membros inferiores, os quais tiveram de ser amputados e o paciente encontra-se com uma ulceração, devido ao uso inadequado da prótese. Solicitamos ao paciente que na medida do possível, ficasse atento aos horários da medicação, alimentação, limpeza das próteses e assepsia da lesão. Em outra oportunidade, realizamos uma nova visita ao paciente, dessa vez, com a presença da fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde do Jardim Tiradentes, para nos acompanhar na realização do curativo e para a prática de fisioterapia em membro superior esquerdo, devido sua imobilidade, acarretada de um AVE. Durante a última visita, questionamos ao

paciente se ele havia feito o curativo na lesão todos os dias e a prática de fisioterapia, conforme orientações que demos a ele e, o mesmo, afirmou ter feito apenas um exercício de fisioterapia e seguiu as orientações que lhe foram passadas, sobre o curativo de sua ferida. Observamos que até esta data, havia tido melhoras significativas do aspecto da ulcera. Não observamos nenhum tipo de problema relacionado ao comportamento do paciente com a família, porém, em alguns momentos das visitas realizadas, notamos que o mesmo apresenta dificuldades de manutenção dos comportamentos de autocuidado. Por fim, agradecemos ao paciente por ter aceitado nosso convite para participar da nossa pesquisa e, reforçamos na conversa com o paciente, o que já havíamos dito nas visitas anteriores e, mais uma vez, reforçamos a importância do acompanhamento da família, para o alcance de resultados satisfatórios durante o tratamento.

Aspecto Farmacológicos:

Faz uso dos seguintes medicamentos:

- *Losartana 50mg duas vezes ao dia; é um antagonista dos receptores de angiotensina II;*
- *Ciprofibrato 50mg duas vezes ao dia; é um medicamento que ajuda no tratamento da hipertriglicidemia;*
- *Hidroclorotiazida 25mg pela manhã; é um diurético que ajuda na hipertensão arterial;*
- *Anlodipino 5mg duas vezes ao dia; é um betabloqueador dos canais de sódio, podendo ser usado como hipotensor e vasodilatador coronariano;*
- *Metformina 850mg duas vezes ao dia; é um antidiabético oral, sendo o fármaco mais escolhido*

para o tratamento de diabetes;

- Glibenclamida 5mg pela manhã; é uma sulfonilureia de segunda geração, usada quando a diabetes não está sendo controlado somente com a dieta;

- Insulina NPH 30ml pela manhã e 10ml a noite; é um tipo de insulina humana que ajuda a controlar a taxa de açúcar no sangue.

ETAPA 2 – PONTOS-CHAVE

Durante a realização das visitas, tivemos a oportunidade de nos aproximarmos da realidade vivida pelo senhor S.B.S e pela sua família, o que nos possibilitou problematizar uma situação em que pudéssemos de alguma forma contribuir para a melhoria, cicatrização da lesão causada pela prótese e a mobilidade do membro superior esquerdo. Com base em estudos teóricos sobre a patologia Diabetes Mellitus, suas causas, consequência e formas de tratamento e, no recorte apresentado no problema a respeito do Pé Diabético, levantamos os pontos-chave da pesquisa. São eles: - Falta de conhecimento científico do paciente sobre a gravidade da patologia Diabetes Mellitus; - O paciente não tem o hábito de realizar consultas médicas; - Ausência de instrução educacional e cultural por parte do paciente e dos filhos; - Ausência de conscientização por parte do paciente, de que é preciso fazer tratamento com acompanhamento médico e de outros profissionais da saúde; - - Uso de planta medicinal (barbatimão). Esses pontos interferem diretamente na qualidade de vida do paciente, que por diversos motivos não tem a prática habitual de frequentar os consultórios

médicos. O ponto principal que nos chamou a atenção foi o fato do paciente não demonstrar nenhuma preocupação com o aspecto da lesão e, mesmo assim, continuar realizando as atividades laborais, sem os cuidados devidos.

ETAPA 3 – TEORIZAÇÃO

A fisiopatologia da diabetes começa no pâncreas, que é uma glândula localizada atrás do estômago, e é responsável pela produção de um hormônio chamado insulina. O pâncreas tem duas funções principais. A função exócrina é a responsável por produzir enzimas digestivas, que atuam no processo de digestão dos alimentos. Já a função endócrina está intimamente ligada ao diabetes porque está relacionada à produção dos hormônios insulina e glucagon. A função endócrina influencia o controle do diabetes. A insulina facilita a entrada de glicose nas células, onde a substância será utilizada como fonte de energia ou armazenada para uso posterior. Quando o pâncreas deixa de produzir insulina ou produz em quantidades insuficientes, os níveis de açúcar no sangue sobem. O glucagon tem função oposta à insulina. É um dos hormônios responsáveis por aumentar as taxas de açúcar na corrente sanguínea quando ficamos muito tempo sem nos alimentar, evitando a hipoglicemia. O excesso de glucagon no organismo está relacionado ao aparecimento da diabetes. O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013)).

A DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Em algumas pessoas, o sistema imunológico ataca equivocadamente as células beta. Logo, pouca ou nenhuma insulina é liberada para o corpo. Como resultado, a glicose fica no sangue, em vez de ser usada como energia. Esse é o processo que caracteriza o Tipo 1 de diabetes, que concentra entre 5 e 10% do total de pessoas com a doença. O Tipo 1 aparece geralmente na infância ou adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos também. Essa variedade é sempre tratada com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividades físicas, para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue. O Tipo 2 aparece quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz; ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia. Cerca de 90% das pessoas com diabetes têm o Tipo 2. Ele se manifesta mais frequentemente em adultos, mas crianças também podem apresentar. Dependendo da gravidade, ele pode ser controlado com atividade física e planejamento alimentar. A diabetes do tipo 2 é uma doença metabólica complexa caracterizada por uma diminuição da secreção pancreática de insulina e uma diminuição da ação da insulina ou resistência à insulina nos órgãos periféricos, resultando em hiperglicemia e glicotoxicidade. Essa última é responsável por um estresse oxidativo crônico ao nível tecidual, tendo um importante papel na gênese das complicações

crônicas do diabetes. Há também a diabetes gestacional, onde durante a gravidez, para permitir o desenvolvimento do bebê, a mulher passa por mudanças em seu equilíbrio hormonal. A placenta, por exemplo, é uma fonte importante de hormônios que reduzem a ação da insulina, responsável pela captação e utilização da glicose pelo corpo. O pâncreas, conseqüentemente, aumenta a produção de insulina para compensar este quadro. De maneira geral, essa patologia é entendida como um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009, apud BRASIL, 2013).

Uma das complicações causadas pela Diabetes Mellitus se refere ao Pé Diabético, que é uma complicação do Diabetes Mellitus e ocorre quando uma área machucada ou infeccionada nos pés desenvolve uma úlcera (ferida). Seu aparecimento pode ocorrer quando a circulação sanguínea é deficiente e os níveis de glicemia são mal controlados. Qualquer ferimento nos pés deve ser tratado rapidamente para evitar complicações que possam levar à amputação do membro afetado. Esse fenômeno decorrente da neuropatia gera perda de sensibilidade periférica tátil, térmica e dolorosa, pode determinar lesões complexas que, caso não sejam tratadas, podem levar à amputação do membro (GOMES; COBAS, 2009).

A neuropatia periférica (NP) sensitivo-motora e a neuropatia autonômica são responsáveis pela maior parte das alterações clínicas

encontradas. A NP causa perda progressiva das sensibilidades protetora e propioceptiva. É importante ressaltar que nas fases adiantadas da doença o paciente pode apresentar o pé totalmente insensível aos mais variados traumas. Alterações na marcha são frequentes, em geral com sobrecarga na região plantar do ante pé, na projeção da cabeça dos metatarsianos, que é a área de maior frequência de úlceras no portador de pé diabético. Como consequências da neuropatia autonômica, temos: a denervação das glândulas sudoríparas dos membros inferiores, que leva à diminuição progressiva da sudorese, contribuindo para com a apresentação da pele ressecada e mais suscetível a rupturas que a pele normal. O processo de autsimpatectomia, responsável por situação de hiperfluxo sanguíneo distal contínuo é considerado um dos mecanismos causais da osteopenia encontrada nos membros inferiores dos portadores de DM, a chamada osteopenia diabética. Este hiperfluxo distal contribui também para o chamado tom "rosado" do pé neuropático. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a precocidade e a agressividade do quadro de Doença Vascular Periférica (DVP) no portador de DM são evidentes, acometendo preferencialmente os ramos de distribuição. Este padrão ocorre em vários territórios do corpo de forma simultânea; bilateral, multissegmentar e distal, produzindo quadro isquêmico acentuado, ao mesmo tempo em que reduz a capacidade do organismo de se defender com a dilatação da rede colateral (pois esta é formada justamente a partir dos ramos musculares das artérias de distribuição). Do ponto de vista cirúrgico, apresenta um quadro de dificuldade

técnica maior e chances de sucesso consequentemente muito menores. Com relação aos sintomas, a doença arterial periférica pode se manifestar como claudicação intermitente, sendo aliviada pelo repouso e agravada pelo aumento da quantidade de exercício, como andar em aclives ou correr. Em fases mais avançadas, podem ocorrer úlceras ou necrose tecidual, principalmente em artelhos, desencadeadas por pequenos traumas, como pequenas lacerações durante o corte das unhas ou escoriações secundárias a prurido por picadas de insetos)

ETAPA 4 - HIPÓTESE DE SOLUÇÃO

Para resolver o problema encontrado foram definidas hipóteses de soluções fundamentadas na prevenção do diabetes mellitus tipo dois. Observamos uma profunda falta de informação sobre a doença e sobre a sua real importância. Assim retirando suas dúvidas e estabelecendo um maior vínculo com a família.

De acordo com nossas observações verificamos uma alimentação desequilibrada, que é o principal fator de causa do estado. Iremos ter uma conversa sincera e realista com a família, conscientizando-os da necessidade de uma alimentação saudável e eficiente para a prevenção do diabetes. Também elaboramos um plano alimentar que se enquadre com a realidade do paciente, com orientações de preparo e horários específicos.

Iniciamos o contato do paciente com a fisioterapeuta da UBS, para que pudesse realizar a fisioterapia de seu membro superior esquerdo.

ETAPA 5 - APLICAÇÃO À REALIDADE

A implementação das hipóteses de solução ocorreu no decorrer de visitas domiciliares ao paciente adotado, com o desenvolvimento de um ambiente respeitoso, amigável e de confiança, pautadas em ações educativas e atividades assistenciais, com objetivo de educação em saúde. Dentre todas as orientações e tratamentos que lhe foram propostas, o paciente acatou e seguiu apenas algumas hipóteses de solução, que foram elas: redefinir um plano alimentar, fazer o curativo da ferida como orientamos e a higiene da prótese, bem como a forma de uso adequada da prótese. Em relação a fisioterapia, o paciente não realizou as mesmas, pelo fato de falar que sentia muita dor com os exercícios que foram indicados.

CONCLUSÃO

Este trabalho oportunizou-nos o aprofundamento sobre a patologia Diabetes, suas tipologias, causas e consequências bem como as políticas de saúde e suas estratégias de enfrentamento.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção permitiu-nos constatar as imensas dificuldades de se implantar o Arco de Maguerez de forma efetiva na rotina de uma família residente em tais zonas urbanas e com tal realidade, pois para

que o mesmo funcione de forma minimamente adequada necessita-se do empenho e envolvimento de toda a família, principalmente da paciente em questão.

REFERÊNCIAS

- BERBEL N. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed INP/UUEL; 1999.
- BORDENAVE J. D, PEREIRA, A. M. P. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- DUARTE, N.; GONÇAKVES, A. Pé Diabético. Revista Angiologia e Cirurgia Vascular v7, n 2, 2011.
- GOMES, MB, COBAS, R. Diabetes mellitus. In: Gossi SAA, Pascali PM, organizadores. Cuidados de enfermagem em Diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009. p.. 6-17.

ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO COM A FAMILIA ADOTADA: MICROCEFALIA

Sara Borges de Oliveira, Kalil do Carmo Cunha Porto, Lucas Mezza Dourado, Luana Tavares Gonçalves, Gabriela Mezza Dourado, Michel Reis Esselin Biancardini, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho,² Fernanda Rodrigues Soares.*

Resumo

A microcefalia é um raro distúrbio neurológico no qual o cérebro da criança não se desenvolve completamente. Com isso, o tamanho da cabeça é menor do que o esperado. A criança com microcefalia geralmente tem diferentes graus de deficiência intelectual, atraso na fala e nas funções motoras, baixa estatura, deficiência visual ou auditiva, dentre outros problemas. O objetivo desse estudo de caso é relatar, por meio da metodologia da problematização utilizando o arco de Maguerez, as consequências da ausência do pré-natal adequado, com isso o diagnóstico tardio da patologia e o não tratamento recomendado para ela, destacando os principais motivos desse acontecimento. A paciente foi diagnosticada na fase infantil, pois ao nascer não apresentou anormalidades. Passando o período do puerpério, começaram a surgir alterações graves no desenvolvimento encefálico, muscular e no sistema nervoso central com alterações neuropsicomotoras (ao redor dos 15 meses de idade), afetando o seu desenvolvimento biopsicossocial. Não há tratamento para reverter a microcefalia, mas algumas ações podem melhorar a qualidade de vida da criança e auxiliar no desenvolvimento de funções cognitivas.

Palavras-chave: Caso Clínico, microcefalia, Gestação, saúde da família.

Abstract

Microcephaly is a rare neurological disorder in which the child's brain does not develop completely. With this, the size of the head is smaller than expected. The child with microcephaly usually has different degrees of intellectual disability, speech and motor retardation, short stature, visual or hearing impairment, among other problems. The purpose of this case study is to report, through the methodology of the problematization using the Maguerez arch, the consequences of the absence of adequate prenatal care, with the latter being the late diagnosis of the pathology and the treatment not recommended for it, highlighting the main reasons of this event. The patient was diagnosed in the infantile phase, because at the birth did not present abnormalities. After the puerperium period, serious changes in the development of the brain, muscle and central nervous system with neuropsychomotor alterations (around 15 months of age) began to appear, affecting their biopsychosocial development. There is no treatment to reverse microcephaly, but some actions may improve the child's quality of life and assist in the development of cognitive functions.

Key words: Clinical case, microcephaly, gestation, family health

² Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma doença em que tanto a parte óssea como o encéfalo das crianças são menores que o padrão normal para a sua idade, o que prejudica o seu desenvolvimento mental, porque os ossos do crânio, que ao nascimento estão separados, se unem muito antes do tempo normal, impedindo que o cérebro cresça e desenvolva suas capacidades cognitivas.

A criança com microcefalia pode vir a precisar de cuidados durante toda a vida, mas isso é normalmente confirmado depois do primeiro ano de vida e irá depender do quanto o encéfalo conseguiu se desenvolver quais regiões do cérebro estão mais comprometidas. Normalmente a microcefalia é diagnosticada quando o perímetro cefálico da criança com um ano e três meses é menor que 42 centímetros. (BELTRAME, 2016, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

As crianças com microcefalia podem desenvolver graves consequências como atraso mental, déficit intelectual, paralisias musculares, propensão a crises convulsivas e epilepsia, além espasticidade e outros comprometimentos de funções cognitivas.

Apesar de não haver tratamento específico para a microcefalia, podem ser tomadas algumas medidas para reduzir ou amenizar os sintomas da doença. Normalmente a criança precisa de programas de fisioterapia ao longo de sua vida para um melhor desenvolvimento, prevenindo complicações tanto respiratórias como úlceras que podem surgir por ficarem muito tempo acamadas ou numa cadeira de rodas, incapazes de se movimentar. (BELTRAME, 2016)

Todas estas alterações podem ocorrer porque as estruturas cerebrais precisam de espaço para atingirem o desenvolvimento máximo, mas como o crânio não permite esse desenvolvimento, suas funções ficam comprometidas, afetando todo o organismo.

A microcefalia pode ser classificada como sendo:

- Primária: Quando os ossos do crânio se fecham durante a gestação, até os 7 meses de gravidez, o que ocasiona mais complicações durante a vida;
- Secundária: Quando os ossos se fecham na fase final da gravidez ou após o nascimento do indivíduo. (BELTRAME, 2016)

OBJETIVO

O objetivo desse estudo de caso é relatar as consequências da ausência do pré-natal adequado, com isso o diagnóstico tardio da patologia e o não tratamento recomendado para ela, destacando os principais motivos desse acontecimento.

METODOLOGIA

Realizado um estudo de caso no modelo de problematização de Arco de Margueréz com base nos dados fornecidos pela família adotada durante o período de seis meses desenvolvidos e correlacionar com a matéria do Programa de Integração Ensino Saúde da Família III (PINESF III) de acordo com o cumprimento das metas a serem atingidas pelo aluno e composição do desenvolvimento acadêmico do PINESF III correspondente do terceiro período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser- UNIFAN. (Do Prado, et al., 2016)

RESULTADOS

Observação da realidade

Paciente M.C.P.V, gênero feminino, 14 anos, portadora de microcefalia. História da doença atual (HDA): durante a gestação a mãe apresentou comportamento adequado, com exames gestacionais normais, relatou que durante a gestação e após o nascimento o desenvolvimento da criança acompanhava os gráficos de puericultura, diferenciando apenas o perímetro cefálico. juntamente com o médico não se teve suspeitas pelo fato de o pai apresentar perímetro cefálico menor, acreditando-se em questões hereditárias.

Nasceu com 2,400g, estatura: 46cm, perímetro cefálico:34 cm e apresentando uma idade gestacional de 37-40 semanas. Seguiu o calendário vacinal normal e relata que aos 15 meses ao tomar a vacina DTP com lote contaminado por CITOMEGALOVIRUS (CMV) comprovado por um exame laboratorial que ficou anexado no hospital Sara Kubitschek, no Distrito Federal. A filha apresentou características da microcefalia, dificuldades auditivas, locomotora, fonética e paralisia do lado direito, que mudaram a realidade biopsicossocial da família. Os membros inferiores e superiores da paciente apresentam musculatura pouco desenvolvida e formação óssea craniana incompatível com a idade e sexo. alimentação controlada, com vitaminas batidas com frutas, suplementos e também alimentação domiciliar normal. Apresenta um desempenho cognitivo compatível a idade escolar, tendo dificuldade na coordenação motora, interferindo em sua caligrafia.

Determinação de pontos chaves

Durante nosso período de visitas domiciliares à paciente e à sua família juntamente com a equipe da estratégia de saúde em família da sua microrregião, podemos observar alguns pontos que mais chamaram a atenção tais como:

- a) A microcefalia estabelecida;
- b) Alterações em funções cognitivas;
- c) Alterações na execução de movimentos, evidenciando uma acinesia e apraxia de membros acentuada, bem como uma marcha debilitada;
- d) Comprometimento de atividades cotidianas desenvolvidas pela paciente, fazendo com que seja dependente de cuidadores;
- e) Falta de estruturas físicas da residência adaptadas para a locomoção diária da paciente;
- f) A falta de informação sobre a doença por parte dos cuidadores.

Após a análise de todos os problemas levantados, decidimos seguir com uma breve teorização sobre a microcefalia, sendo ele o principal tema desse artigo.

Teorização

A doença em questão resulta de uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, podendo ser efeito de uma série de etiologias baseadas em diferentes origens, como a exposição da gestante a substâncias químicas ou contato com agentes infecciosos, como vírus e bactérias, além da exposição à radiação.

A OMS no ano de 2018 padroniza as definições segundo os seguintes pontos de corte para determinar os níveis de gravidade da doença:

- a) Microcefalia: neonatos com um perímetro cefálico inferior a 2 pontos de desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e gênero:
- b) Microcefalia grave: neonatos com um perímetro cefálico inferior a 3 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e gênero.

A microcefalia pode curar com quadros de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo (funções) e motor, além de problemas de visão e audição. Cerca de 90% das microcefalias estão associadas com retardo mental. O tipo e o nível de gravidade da sequela variam nos casos. Tratamentos realizados desde os primeiros anos melhoram o desenvolvimento dos sistemas orgânicos e a qualidade de vida do paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Discussão etiológica: A microcefalia pode resultar de uma série de fatores de diferentes origens, como a exposição na gravidez à radiação (como realização de exames radiológicos não recomendados para a idade gestacional), Substâncias químicas como solventes industriais e agentes infecciosos, não tem uma única causa. Alguns exemplos são o vírus da rubéola, citomegalovírus, herpes, a toxoplasmose e alguns estágios da sífilis. Ela tem sido bastante associada ultimamente também ao Zika Vírus, uma arbovirose transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Estudos ainda estão sendo realizados

para comprovar a relação do vírus com o quadro da doença. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2015)

Diagnóstico: Após o nascimento, o primeiro exame físico é rotineiro e deve ser feito em até 24 horas do parto. Este período é um dos principais momentos da vida do paciente para se realizar uma busca ativa de possíveis anomalias congênitas e outras malformações. Também é possível diagnosticar a microcefalia durante as consultas de pré-natal no serviço de obstetrícia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 18)

No pós-parto, os bebês com suspeita de microcefalia devem ser submetidos a exame físico e medição precisa do perímetro cefálico, além de exames neurológicos e de neuroimagem. A Ultrassonografia transfontanela é a primeira opção mais indicada, e a tomografia computadorizada, quando a moleira já estiver fechada.

Entre os bebês que nascem prematuros, são considerados microcefálicos os nascidos com perímetro cefálico menor que dois desvios padrões recomendados e preconizados para a idade gestacional e para o gênero.

Métodos de tratamento: Não há tratamento específico para a doença. No entanto, existem ações de suporte que auxiliam no desenvolvimento neuromotor e cognitivo do bebê e da criança. Este acompanhamento já é preconizado pelo SUS.

Todas as crianças com esta doença congênita já confirmada devem ser inseridas no Programa de Estimulação Precoce, desde seu nascimento até os três anos de idade pelo menos - período em que o cérebro e outras áreas encefálicas se desenvolve

mais rapidamente. A estimulação precoce tem como objetivo maximizar o potencial de cada paciente, englobando o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Os nascidos com microcefalia recebem o estímulo precoce em serviços de reabilitação distribuídos em todo o território nacional, sendo eles:

- a) Centros Especializado de Reabilitação (CER);
- b) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- c) Ambulatórios de Seguimento de Recém-Nascidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Hipóteses de solução

Após a análise de toda a situação da paciente, concluímos que o tratamento deve se basear em ações que melhore a sua qualidade de vida e auxiliem o seu neurodesenvolvimento, além de melhorar seus aspectos sociais.

Como estudantes, somos limitados quanto à prescrição de tratamentos específicos. Por isso, junto à unidade básica de saúde, na qual a paciente está inserida, buscamos sua inserção em programas públicos que visam essas melhorias, como apoio dos fisioterapeutas do NASF. O desenvolvimento de fisioterapia com a paciente pode ser uma forma de trabalhar a musculatura e buscar desenvolver alguns movimentos além de auxiliar no sono e até mesmo na alimentação da paciente.

Também propomos para a cuidadora a

avaliação com a equipe profissional de cirurgias ortopédicas, uma nova análise da audição e fala da paciente, que seriam uma forma de atualizar o caso da paciente.

Também aconselhamos sobre a importância de manter sempre o ambiente doméstico o melhor adaptado para as necessidades da paciente, aconselhando nas adaptações necessárias como uma cama mais baixa, pisos com melhor aderência, cuidados ao transitar com animais domésticos e sempre deixar todos os objetos ao fácil alcance, além de enfatizar a importância da higiene e alertar sobre as possíveis complicações da doença caso nada seja realizado.

Além de tudo isso, a mãe da paciente que é sua cuidadora, apresentou alguns sintomas de dor pelo corpo, como na região lombar, acompanhado de edemas em membros inferiores que, igualmente em sua filha, dificultava algumas tarefas, como beber água. Acreditamos importante propor um tratamento fisioterápico a esses sintomas ao mesmo tempo em que sua filha já realiza tais atividades, a fim de melhorar a capacidade dela de cuidar de sua filha e assim melhorar suas qualidades de vida.

Aplicação prática à realidade

Sabemos, por meio das pesquisas de teorização, que a doença não tem cura. Porém, aplicamos nossas hipóteses de solução para a família da paciente. O mecanismo de marcações para as terapias no SUS são falhas e demoram muito, porém conseguimos já marcar as sessões com os fisioterapeutas da equipe do NASF e também a família já providenciou as mudanças em estruturas de sua residência e passou a realizar mais

atividades físicas com a paciente, que se encontra já com uma melhor responsividade e, não só ela como seus familiares, estão com mais esperanças para que a vida tenha uma melhor qualidade. Como o período não nos permitiu visualizar mudanças mais concretas, encerramos o trabalho nesse cenário.

Conclusão

Concluimos então que o tratamento da microcefalia não cura a doença, porém ajuda a reduzir as consequências no desenvolvimento mental da criança.

A metodologia nos foi benéfica pois nos proporcionou uma melhor visão sobre todo o quadro na qual a paciente se encontrava e as possíveis maneiras de tratar o problema. Porém, por conta do tempo na qual nos foi disponível, não conseguimos constatar se essas mudanças da qualidade de vida a longo prazo foram realmente eficazes.

Se faz necessário um acompanhamento médico correto com especialista para desenvolver os

efeitos da microcefalia, além de orientar sempre sua genitora que é sua acompanhante, para manter uma saúde equilibrada pois ela necessita sempre da acompanhante para ter acesso aos tratamentos.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, Beatriz: Entenda o que é microcefalia e quais são as consequências para o bebê – revista tua saúde, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Microcefalia: causas, sintomas, tratamento e prevenção – portal ms, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Plano nacional de enfrentamento à microcefalia – cartilha Brasília 2015.

Marta Lenise do Prado; Manuela Beatriz Velho; Daniela Simoni Espíndola; Sandra Hilda Sobrinho; Vânia Marli Schubert Backes: Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde – 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA: Microcefalia e Zika vírus: tudo sobre o caso que colocou o Brasil em alerta – boletim da SBI, outubro/dezembro de 2015.

ESTUDO DE CASO DE UMA PACIENTE DIABÉTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sara Borges de Oliveira, Lucas Mezza Dourado, Gabriela Mezza Dourado, Kalil do Carmo Cunha Porto, Luana Tavares Gonçalves, Michel Reis Esselin Biancardini, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho³, Suzana Martins Silva.*

Resumo

O diabetes mellitus tipo 2 está entre essas doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, quase 250 milhões de pessoas ao redor do globo têm diabetes. Este artigo foi produzido para explicitar a realidade de uma idosa e sua família perante sua doença, a Diabetes Mellitus tipo 2, relatando a experiência dos alunos do quinto período de medicina da Faculdade Alfredo Nasser, em seu estágio de PINESF na Unidade Básica de Saúde Vila São João e com propostas de melhoria seguindo a metodologia ativa da problematização.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Idosos; Prevenção; dieta; atividade física.

Abstract

Type 2 diabetes mellitus is among those chronic diseases that represent a serious public health problem because of the high prevalence in the world and higher among the elderly, due to morbidity. According to data from the World Health Organization, almost 250 million people around the globe have diabetes. This article was produced to clarify the reality of an elderly woman and her family in the face of her illness, Diabetes Mellitus type 2, reporting the experience of the students of the fifth period of medicine at the Faculty Alfredo Nasser, in her PINESF stage in the Basic Health Unit Vila São João and with proposals of improvement following the active methodology of the problematization.

Keywords: Diabetes Mellitus type 2; Seniors; Prevention; diet; physical activity.

³ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

A mudança cultural observada nos últimos anos, com a independência feminina tanto na área financeira, como na área reprodutiva, a urbanização, o aumento da carga de trabalho, a manipulação tecnológica crescente que nos remete a um maior sedentarismo, hábitos alimentares idolatrando fast foods, etilismo e tabagismo precoces, são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo (COSTA).

O diabetes mellitus tipo 2 está entre essas doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, quase 250 milhões de pessoas ao redor do globo têm diabetes. A cada ano, sete milhões de indivíduos entram nessa estatística. Já no Brasil Sociedade Brasileira de Diabetes, estima-se que 12 milhões de pessoas tenham a doença, sendo que metade delas não sabe que possuem a doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001)

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave (COSTA).

A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa

resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Fatores indicativos de maior risco são listados, idade (>45 anos.), Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25), Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas), Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, Hipertensão arterial (>140/90 mmHg), Colesterol HDL (<35 mg/dL e/ou triglicerídeos >150 mg/dL), História de macrossomia ou diabetes gestacional, Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (MINISTERIO DA SAÚDE).

Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2. Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas, p.ex., alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos. Esse efeito

foi mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m² (MINISTERIO DA SAÚDE).

Os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são, Glicemia de jejum (nível de Glicemia de jejum glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas), Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g: O -75g paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão), Glicemia casual (Glicemia casual: tomada sem Glicemia casual: padronização do tempo desde a última refeição). (MINISTERIO DA SAÚDE)

O plano terapêutico para o Diabetes tipo 2 consiste no controle glicêmico; a partir da mudança do estilo de vida, com a terapia nutricional que pode reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2% baseando-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável, e com a prática de exercícios físicos que melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. E também consistindo no tratamento farmacológico, com Metformina, sulfonilurías (glibenclamida, glicazida) e insulina (NPH, regular). (MENDES, COSTA)

OBJETIVOS

Relatar sobre a Diabetes Mellitus tipo 2, doença da idosa M.C. de 88 anos acompanhada durante o processo de ensino-aprendizagem de acadêmicos do curso de Medicina do 5º período da Faculdade Alfredo Nasser por meio do Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família

(PINESF), e sobre as intervenções a quais a submetemos para melhoria da sua qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelos alunos por ocasião da realização de uma revisão integrativa.

Os obtidos através da busca em bases de dados virtuais em saúde, como MEDLINE, SCIELO e Ministério da Saúde. Para a busca dos dados foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Idosos; Prevenção.

Os critérios para seleção da amostra foram: artigos publicados no Brasil, no período de 2007 a 2018 e que atendessem de maneira explícita os objetivos do estudo, dessa forma selecionados 11 estudos.

Após a busca dos dados, foi realizada a leitura dos artigos selecionados e posteriormente os mesmos foram classificados de acordo com o nível de evidências e categorizados de acordo com as ideias dos autores.

Neste estudo é demonstrado uma exitosa experiência com a utilização do Arco de Maguerez, que se fundamenta na Problematização, na atenção ao cuidado prestado por acadêmicos de medicina à uma idosa com Diabetes Mellitus tipo 2, por meio do Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF).

Arco da Problematização de Magueres



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 - Observação da realidade:

Durante o PINESF (Programa de Integração Ensino e Saúde da Família), realizado na Unidade Básica de Saúde Vila São João, em Senador Canedo, Goiás, Brasil, por alunos do 5º período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser.

No dia 22-08-2018 ocorreu a primeira visita domiciliar a família adotada pelos respectivos alunos com o auxílio da Agente Comunitária de Saúde. Foi selecionado pela ACS uma família aparentemente estável financeiramente, com casa própria e com auxílio aposentadoria. Na residência moram sete pessoas, a idosa juntamente com duas de suas filhas, um filho, uma nora e dois netos. A paciente escolhida foi a senhora M.N.C, 83 anos, católica, viúva, natural e procedente de Aparecida de Goiânia, diagnosticada com DM 2 há 10 anos, em tratamento com metformina 850mg, porém não segue corretamente o esquema de tratamento. Relata perda da acuidade visual e episódios frequentes de hematomas em membros. Soube relatar que sua mãe e irmã, já falecidas, também tiveram a doença. Possui HAS e episódios anginosos. Ao exame físico se mostrava em BEG,

dentro da normalidade, PA controlada com fármacos, porém obteve-se o valor de 133mg/dl no exame de glicemia capilar.

O foco do artigo estará voltado para a Diabetes Mellitus II, uma vez que esta estava com valores altos para o padrão de índice glicêmico. Uma vez que esta apresentava valores glicêmicos em jejum igual a 133 mg/dl.

Etapa 2 – Pontos-chave:

Primeiramente observa-se que a falta de acompanhamento, por meio de uma equipe multidisciplinar (enfermeiros, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, médicos) na Unidade Básica de Saúde, e de materiais como as tiras para controle de glicose é uma causa marcante para a persistência do problema em estudo, juntamente com a ausência de acompanhamento médico domiciliar, vendo que a mesma não possui meios de locomoção até a Unidade Básica de Saúde.

Nota-se que a paciente possui uma boa relação interpessoal com os familiares e assim apresenta sentimentos de felicidade, valorização, além de conforto pelas suas pequenas restrições motoras, causando uma delimitação em realizar certas atividades.

Contudo, a paciente, juntamente com seus familiares, não foi conscientizada de forma correta sobre a importância de uma dieta voltada para o controle glicêmico e da prática de atividade física, tanto para o processo natural de envelhecimento como para a Diabetes Mellitus tipo II. Sendo um fator agravante da mesma para os valores elevados do seu índice glicêmico quando medido.

É importante ressaltar que quadros de Diabetes Mellitus tipo 2 é um considerável fator de risco para ocorrência e recorrência de Doença cardiovascular, um exemplo a angina apresentada pela idosa.

Etapa 3 – Teorização baseados nos pontos-chaves

Visto que a Diabetes Mellitus tipo 2 pode acometer os aspectos biopsicossociais da vida da paciente, o tratamento deve ser realizado através de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, com participação ativa dos familiares. Esta equipe deve ser formada por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e nutricionista.

O médico tem uma participação a longo prazo, onde estabelece a reabilitação particular a cada caso, se dirigindo a residência do paciente, uma vez que essa não possui condições de sempre ir a Unidade Básica de saúde e conscientiza a idosa e seus familiares sobre a doença discutida, seus tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e suas possíveis complicações. (COSTA) (BOSCARIOL)

O nutricionista é especializado no tratamento nutricional para melhora dos hábitos de vida aos portadores de Diabetes Mellitus; a dieta permite a redução da hemoglobina glicada entre 1 a 2%. Visto esse quadro, entramos em contato com a nutricionista Nicolle Seronni, a qual atende no Flor da Pele Dermatologia, na cidade de Goiânia, ao qual nos auxiliou com uma dieta voltada para a paciente em questão, buscando o controle do índice glicêmico desta.

A Diabetes Mellitus tipo 2 possui como

principal fator de risco a doença Cardiovascular, cerca de 70% dos casos se relacionam. A detecção e o controle correto são essenciais para programas de prevenção, diminuindo notadamente as taxas de existência dessa doença. (MINISTERIO DA SAÚDE)

Etapa 4- Hipóteses de solução

Para que o problema exposto seja minimizado e, se possível solucionado, é primordial que o indivíduo afetado procure assistência na Unidade Básica de Saúde para que seja feita a supervisão dos valores do índice glicêmico, a prescrição de exercícios oportunos para que ocorra a restauração de movimentos, coordenação motora, força muscular com ganho de massa e para benefícios relacionados a Diabetes Mellitus tipo II.

A prevenção e controle da Diabetes Mellitus tipo II transcorre através de mudanças nos hábitos de vida, como comportamento alimentar e prática de atividades físicas, além do uso de fármacos hipoglicemiantes.

Propiciar programas e ações a fim de impulsionar mudanças no comportamento alimentar, estimulando hábitos mais saudáveis com o consumo de alimentos pouco processados, visando a diminuição na ingestão diária de sódio, açúcares e colesterol. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), (COSTA)

Os exercícios físicos praticados regularmente controlam a Diabetes Mellitus tipo II tanto naqueles que já apresentam o diagnóstico da doença, quanto daqueles que ainda não possuem o quadro clínico, mas evidenciam fatores de risco. O

exercício físico regular é capaz de aumentar a expressão do receptor GLUT4 nas células dos músculos, aumentando a sensibilidade à insulina e auxiliando na redução dos níveis de glicemia para a faixa normal. Vários estudos a longo prazo demonstraram um efeito benéfico consistente do exercício físico regular sobre o metabolismo dos carboidratos e sobre a sensibilidade à insulina que pode ser mantido pelo menos por cinco anos. Esses estudos utilizaram programas de exercício com intensidades de 50 a 80% do VO₂ máximo, três a quatro vezes por semana, com duração da sessão entre 30 e 60 minutos. Tendo ainda evidências acumuladas que sugerem que a redução progressiva da aptidão e da massa e força musculares com o envelhecimento é em parte prevenível pela manutenção de atividade física regular. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION)

O uso de medicamentos hipoglicemiantes tem como objetivo primordial a redução da morbidade e mortalidade do paciente diabético. O tratamento farmacológico tem a finalidade de reduzir os níveis glicêmicos em jejum para valores inferiores a 100 mg/dl. O ministério da Saúde preconiza o tratamento com a metformina, que deve ser iniciada com dose baixa (500mg) em dose única ou fracionada 2 vezes ao dia com as refeições para evitar intolerância gastrointestinal. Após 5 a 7 dias, de acordo com a tolerância do paciente, a dose pode ser aumentada para 850 a 1000 mg/dia, fracionada antes do café da manhã e jantar. Havendo intolerância, retornar a dose prévia e considerar aumento de dose mais tarde. A dose efetiva é em geral de 850 mg duas vezes ao dia, mas

aumentos até 2,5g por dia, quando tolerados pelos pacientes, podem alcançar pequeno benefício adicional. A metformina melhora os níveis glicêmicos, mas não leva à hipoglicemia. A redução glicêmica é semelhante à das sulfoniluréias. Além disso, reduz os níveis de triglicérides de 10 a 15% e do LDL-colesterol, aumentando o HDL. Não está associada ao aumento de peso, podendo inclusive determinar uma diminuição de dois a três quilos, durante os primeiros seis meses de tratamento; com sulfoniluréias, efeito na redução de eventos cardiovasculares não foi demonstrado até o presente momento, mas elas podem complementar a metformina no controle glicêmico (redução de 1,5 pontos percentuais). São contraindicadas nas seguintes situações: diabetes tipo 1, gravidez, grandes cirurgias, infecções severas, estresse, trauma, história de reações adversas graves às sulfoniluréias ou similares (sulfonamidas), predisposição a hipoglicemias severas (hepatopatias, nefropatias), ou seja, pacientes com diminuição da função hepática ou renal, acidose ou estado pré-acidótico; e com insulina, em casos graves, onde deve-se Iniciar com uma dose de 10 unidades de insulina de ação intermediária (NPH) ao deitar, mantendo a metformina. Essa dose poderá ser aumentada, de duas em duas unidades, conforme o resultado da glicemia de jejum. Quando a dose de insulina ao deitar for superior a 30 U/dia, ou quando não se obtém o controle adequado com metformina/insulina, esquema de insulinização plena deve ser utilizado. Indivíduos com diabetes tipo 2, com vários anos de duração, e aqueles com acentuada hiperglicemia podem

apresentar resistência insulínica e necessitar de doses maiores de insulina (> 1 U/kg/dia) para o controle metabólico. O uso de mistura de insulina, na mesma aplicação, por exemplo, 2/3 de NPH + 1/3 de regular, pode produzir melhor controle, particularmente no esquema com duas injeções diárias. Os ajustes de dose são baseados nas medidas de glicemias. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION)

Etapa 5- Aplicação à Realidade

Como estudantes do curso de medicina e embasados em fontes literárias, recomendamos exercícios físicos regulares de no mínimo 30 minutos diariamente, elaboramos um plano alimentar balanceado e rico em fibras e alimentos de baixo teor glicêmico. Além disso, enfatizamos a importância do controle do índice glicêmico diário para acompanhar a eficácia do tratamento, o hábito de visitas domiciliares por parte dos agentes de saúde e o tratamento multifatorial com outros profissionais.

A DM 2 é uma doença que não tem cura, mas com esses atos espera-se que o paciente possa ter uma qualidade de vida melhor e reduza as chances de surgirem comorbidades, que foi o caso da nossa paciente na qual já se visualizou uma melhora visível de sua disposição diária e na realização de atividades individuais.

5- CONCLUSÃO

Em virtude do que foi observado e exposto através do Arco de Maguerez e suas etapas, constata-se que a Diabetes Mellitus tipo II, está associado a diversos fatores, como: transição nutricional, maior frequência de estilo de vida

sedentário, excesso de peso, envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes.

A sua prevenção é prioritária e, para isso, são imprescindíveis a detecção precoce e o controle correto. Por fim, é necessário ressaltar a importância do acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, principalmente médicos, nutricionistas e enfermeiros, para melhor controle do índice glicêmico, sempre lembrando que o apoio de familiares e amigos é indispensável.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus Cadernos de Atenção Básica, n.º 16. 2013.
- COSTA, M. B. et al. Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes Mellitus. Anais do Segundo Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Belo Horizonte, 2007.
- MENDES, T.A.B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI.M.J.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.C.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil.
- BOSCARIOL, R.; OUCHI, J.D.; GONZAGA, M.F.N.; MARAGNA, R.G. Diabetes Mellitus Tipo 2: Educação, Prática De Exercícios E Dieta No Controle Glicêmico.

American College of Sports Medicine e American
Diabetes Association, Diabetes mellitus e exercício.

IMPACTO QUE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER CAUSA E DESAFIOS ENFRENTADOS

Sara Borges de oliveira, Lucas Mezza Dourado, Luís Felipe P. Fontana, Chrystianne Ferreira da Silva, Gabriela Mezza Dourado, Kalil do Carmo Cunha Porto, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho,⁴ Joede Alvarenga de Souza Luniere.*

Resumo

A cada ano, vários diagnósticos de câncer e outras doenças crônicas graves tem sido mais frequente no meio da saúde pública. No geral, o impacto que esse tipo de diagnostico causa em um indivíduo ou em seus familiares é negativo e tende a prejudicar muito a qualidade de vida de todos os envolvidos. O papel do cuidador é de extrema importância na sobrevivência de um paciente que infelizmente está passando por esse tipo de experiência. Caso esse paciente não tenha nenhuma companhia em seu dia-a-dia, aumentam os desafios no transcurso da doença. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo analisar a qualidade de vida de um paciente da estratégia de saúde da família do programa do PINESF neste período do qual vive sem nenhum cuidador na micro área da UBS em que desempenhamos nosso estágio, o impacto das doenças em sua vida e possíveis soluções para melhorar seus aspectos cotidianos.

Palavras-chave: Diagnóstico, câncer, diabetes, idoso, qualidade de vida.

Abstract

Each year, various diagnoses of cancer and other serious chronic diseases have been more frequent in public health. Overall, the impact this type of diagnosis has on an individual or their family members is negative and tends to greatly impair the quality of life for all concerned. The role of the caregiver is of utmost importance in the survival of a patient who is unfortunately experiencing this type of experience. However, if this patient does not have any company in their daily lives, the challenges in the course of the disease increase. Thus, this study aims to analyze the quality of life of a patient of the family health strategy of the PINESF program in this period of which lives without any caregiver in the micro area of the UBS where we perform our internship, the impact of diseases in your life and possible solutions to improve your everyday aspects.

Key words: Diagnosis, cancer, diabetes, elderly, quality of life.

⁴ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientador do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

O recebimento de um diagnóstico indesejado pode alterar o funcionamento de uma família. Quando a doença diagnosticada é grave, a percepção da finitude da vida torna-se presente e é muito comum que apareçam inúmeras informações em torno do membro portador da doença e também de seu tratamento. Sabe-se que o paciente que recebe esse tipo de diagnóstico reage de uma maneira diferente se comparado ao diagnóstico de outras doenças mais comuns, pois ainda existem crenças de que tal diagnóstico está relacionado à dor, a tratamentos invasivos e à morte. Em função do estigma social e de sua associação com a morte, essas doenças são as que mais provocam medo nas pessoas. Por esta razão, estudos que investiguem o impacto de doenças graves - sobretudo o diagnóstico de câncer – não é apenas importante em relação ao paciente, mas também para sua família. (RODRIGUES et al.).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), assim como ocorre com o paciente diagnosticado, sua família também sofre em função das dúvidas, medos e inseguranças advindas dessa notícia. Os valores, o conhecimento prévio, a história da família e as suas expectativas em relação ao tratamento podem interferir na forma de lidar com a doença e nos cuidados para com o membro enfermo da família. (RODRIGUES et al.)

Conhecer as reações e os sentimentos dos familiares e cuidadores de pacientes que recebem o diagnóstico de câncer (e outras doenças graves) e as estratégias usadas para lidar com esta situação pode contribuir para o desenvolvimento de práticas

clínicas que reduzam o sofrimento de ambos. Caso o paciente tenha restrição a poucos contatos ou a nenhum, seu prognóstico é prejudicado nesse contexto, necessitando da busca de um cuidado mais abrangente. Outro fator que prejudica o prognóstico desse tipo de paciente é a quantidade de cuidadores que o rodeiam: quanto menos e de má qualidade, pior será sua experiência da doença e prognóstico. (RODRIGUES et al.)

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado pelos acadêmicos de 8º período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser – UNIFAN (Aparecida de Goiânia/GO), com apoio dos Agentes de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Tiradentes, acompanhando um idoso selecionado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Aplicamos o método do Arco de Maguerez, composto por 5 etapas: Observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. (PRADO, VELHO, ESPÍNDOLA)

Teorizamos nosso estudo a partir de bancos de dados bibliográficos e livros, selecionando informações desde o embasamento histórico até as das últimas atualizações, utilizando os descritores “impactos de diagnósticos”, “tumores”, “idosos” e “tratamento” nos bancos de dados científicos como Lilacs, Medline e Google acadêmico. Após isso, com base nos dados colhidos, propomos medidas de suporte ao problema que será discutido adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 - Observação da realidade

O paciente escolhido para os nossos estudos se chama J.F.F, idoso de 76 anos, viúvo, ex pedreiro, residente do bairro Jardim Tiradentes em Aparecida de Goiânia. Há 5 anos foi diagnosticado com câncer de bexiga e desde então vêm lutando por uma cirurgia. Além disso, é hipertenso e diabético de longa data e acompanha a evolução de um câncer de próstata.

Mora sozinho em uma casa de apenas 1 quarto, com sala e cozinha mobiliados, uma varanda que dá acesso à rua e uma pequena área de serviço, além de 1 banheiro. Todos os cômodos estão em boas condições de moradia, com paredes pintadas, piso revestido e teto em forro. O estado geral de limpeza é satisfatório bem como a organização de seus pertences, pois ele mesmo junto com algumas visitas ocasionais faz a manutenção da sua habitação.

Em uma consulta realizada em ambiente laboratorial levantaram-se dados sobre seu estado de saúde: histórico de doença cardiovascular na família, tabagista, etilista, sedentário com alimentação desregulada e em uso de metformina 850mg e glibenclamida 5mg.

Em exames complementares se destacam uma discreta leucocitose, uma glicemia de jejum de 235, creatinina de 1,3, um anatomopatológico conclusivo de malignidade de próstata e tumoração em bexiga, além de um exame de urina acusando hematúria. Em um breve exame físico restrito por falta de materiais e instrumentos semiológicos vimos que o paciente se encontrava em bom estado geral, levemente desidratado, lúcido e orientado em

espaço e tempo, afebril, anictérico, levemente pálido e com a pele xerótica. Frequência cardíaca de 58 bpm, RCR 2T BNF sem sopros. Sua pressão, após 3 aferições, se encontrava na média de 130x95 mmHg. Seu sistema respiratório possuía MV fisiológicos, sem ruídos adventícios, com sua frequência respiratória em 12 irpm. Em exame físico do aparelho digestivo, os ruídos hidroaéreos estavam diminuídos, sendo que o paciente relatou dificuldades de evacuação periodicamente. Seu abdome é flácido e não possui cicatrizes aparentes. Seu exame físico motor, fora uma certa lentidão de movimentos correspondente com a idade, se encontrava normal.

Etapa 2 - Pontos-chave

Após as primeiras visitas, foram levantados alguns pontos principais que mais chamaram a atenção em meio da situação em que o paciente convive:

- O fato de morar sozinho;
- O diagnóstico de câncer e a dificuldade de obter tratamento;
- A comorbidade do diabetes;
- Seu estado de saúde geral.

Assim, a fim de teorizar sobre o assunto, decidimos aprofundar na teoria dos aspectos psicossociais do paciente em questão frente às doenças e demais acometimentos, para obtermos um conhecimento melhor sobre o problema e como relacioná-la com a realidade da paciente.

Etapa 3 – Teorização

Vários problemas de ordem emocional ocorrem com frequência tanto em pacientes como em seus

familiares em função da dificuldade em lidar com o diagnóstico de uma doença grave, sobretudo o câncer. Não raro, transtornos psicológicos como depressão e ansiedade são diagnosticados no paciente em seus familiares em todas as fases do tratamento. Estas consequências se devem porque o conceito de câncer adquiriu uma conotação de doença terrível, sem cura, e que termina em morte e sofrimento. Entretanto, apesar dessas doenças serem, na sua maioria, crônicas, nem sempre levam a morte devido a modernas medicações e a tratamentos. Quanto ao seu impacto, a notícia do câncer é capaz de mudar o relacionamento entre os membros da família e a forma como se comunicam e resolvem questões diárias. (RIBEIRO, REZENDE)

Sabe-se que uma das principais consequências da notícia desse tipo de diagnóstico é o sentimento de incerteza relacionado aos problemas e as mudanças que as famílias cujo um dos familiares é diagnóstico com câncer sofrem. Quanto aos problemas, podem-se citar: (RIBEIRO, REZENDE)

- a) Dificuldades econômicas geradas pelos gastos com o tratamento;
- b) Ocultação do diagnóstico como forma de minimizar comentários indesejáveis;
- c) O surgimento de conflitos familiares que prejudicam o suporte necessário;
- d) Necessidade de constantes adaptações e mudanças nos hábitos de vida.

Em relação às mudanças que o diagnóstico de câncer pode causar para o paciente e para sua família devem-se destacar as perdas subjacentes à doença, como: (RIBEIRO, REZENDE)

- a) Perda da saúde e papéis anteriormente exercidos pelo paciente;
- b) A impossibilidade de realizar e construir projetos de vida;
- c) A redução da renda;
- d) O encurtamento do período de vida.

O impacto do câncer nos pacientes e nos membros da família pode ser compreendido a partir da teoria sistêmica, a qual enfatiza as inter-relações que se estabelecem entre os componentes da família e o efeito mútuo que cada membro tem sobre os demais. Assim, ocorre uma influência recíproca entre o paciente e a família na medida em que, não apenas o paciente irá sofrer alterações em sua vida ao longo do tratamento, como também toda a sua família ou cuidadores. Uma crise familiar pode surgir à medida em que o diagnóstico e todo o processo da doença são vivenciados pelo paciente e por sua família, com momentos de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. (RIBEIRO, REZENDE)

No que se refere ao estresse causado pelo câncer, sabe-se que a família pode apresentar queixas ocasionadas pelo sofrimento emocional, psicológico e físico de seu familiar. Esse estresse é oriundo das demandas e das consequências do tratamento, como internações, quimioterapias, cirurgias e sessões de radioterapia. Desta forma, por meio da rotina do tratamento de um familiar com câncer, a família começa a ser introduzida a um mundo que a amedronta, desconhecido e diferente do qual ela está habituada: o mundo da doença. Da mesma forma como sofrem as consequências diretas da doença de seu familiar, os familiares também têm enorme influência sobre o

tratamento do câncer do paciente. Assim, em função do sofrimento e das mudanças trazidas pelo diagnóstico de câncer, recomenda-se que a família do paciente receba acompanhamento psicológico também. (VICELI, WENDLING, LOVATO)

A afetividade, a proximidade residencial, a disponibilidade de tempo e o suporte financeiro são aspectos importantes na hora de definir quem será o cuidador familiar. Entretanto, essas pesquisadoras ressaltam que nem sempre a escolha do cuidador é espontânea, uma vez que ela pode ocorrer por indicação da família ou por falta de outros cuidadores alternativos. Quanto ao perfil do cuidador, sabe-se que: (VICELI, WENDLING, LOVATO)

- a) Há mais mulheres exercendo o papel de cuidadoras de seus familiares do que homens;
- b) A maior parte dos cuidadores é formada por filhos ou por esposas dos pacientes;
- c) O fato de estar presente ao longo do tratamento pode sobrecarregar o cuidador.

há uma tendência de que a família eleja um cuidador principal, mesmo que ele não tenha concordado explicitamente. É comum que a função de cuidador principal seja assumida pelo membro que já vinha realizando funções de cuidador, e o papel de cuidador principal é assumido de acordo com a qualidade dos relacionamentos estabelecidos na história prévia da família, gerando um senso de sentido e coerência. Os principais motivos que levam ao cuidador assumir tal função estão relacionados à reparação, à retribuição e à manutenção do papel. Eles devem se sentir satisfeitos em cuidar e não expressarem sentimentos negativos quanto ao paciente. De

qualquer forma, o cuidador precisa se adaptar a sua nova função, reorganizando sua rotina para poder acompanhar a nova rotina do paciente, bem como, dar conta da dura realidade da doença. (VICELI, WENDLING, LOVATO)

O acontecimento de uma doença é considerado uma situação adversa do desenvolvimento e, por essa razão, requer "o planejamento de oportunidades ambientais compensatórias que garantam, no mínimo, que o curso evolutivo do desenvolvimento humano seja minimamente prejudicado. Consideram-se estratégias de enfrentamento o esforço cognitivo e comportamental utilizado pelas pessoas para administrar as exigências impostas por um agente estressor, o qual pode ser desencadeado, por exemplo, por uma situação de perda, mudança ou adoecimento. Entre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares e pacientes ao longo do processo de adoecimento está a espiritualidade. (RIBEIRO, REZENDE)

Alguns estudos têm mencionado o Coping Religioso/Espiritual (CRE), o qual se caracteriza pelo uso da espiritualidade, da religião ou da fé para lidar com o estresse e os problemas de vida. Sabe-se que a religião e, mais especificamente, a prece, são estratégias comumente adotadas por pacientes com câncer, sendo que, muitos deles, tornam-se mais religiosos após o diagnóstico da doença. Os resultados de um estudo sobre as concepções de familiares ao receberem o diagnóstico de câncer de um membro de sua família indicaram que: (RIBEIRO, REZENDE)

a) A fé é uma estratégia importante para o enfrentamento tanto do diagnóstico como do tratamento do câncer e outras doenças graves;

b) A oração e a reflexão são formas de suportar os reveses da doença e funcionam como uma proteção para os familiares

Assim, conclui-se que a família é a principal fonte de apoio do familiar com câncer, e a notícia do câncer pode desencadear uma crise familiar sendo necessário que a família precisa lançar mão de estratégias de enfrentamento para lidar com a crise e melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos. (RIBEIRO, REZENDE), (VICELI, WENDLING, LOVATO)

Etapa 4 - Hipótese de solução

Desde que se adotou o paciente para dar seguimento com o estudo desse trabalho, estávamos cientes de que seu problema não possui um método de cura fácil e acessível, fato que se torna mais complicado por sermos acadêmicos de medicina e não ser permitido ainda o acesso a prescrições médicas, solicitação de exames ou encaminhamentos a centros de referência. Porém, após o estudo descrito na etapa da teorização, foi visualizado que o apoio psicossocial ao paciente é algo que pode surtir um grande efeito positivo em sua qualidade de vida e melhorar sua experiência da doença.

Assim, decidiu-se, durante as visitas, descobrir qual eram suas principais necessidades e dificuldades que estavam afetando sua qualidade de vida rotineira. Algo que se destacou rapidamente foi a maneira de seguir sua prescrição médica corretamente, visto que ocasionalmente

esquecia algum comprimido ou deixava acabar e não sabia onde encontrar sua receita. Por isso, foi proposto designar uma gaveta em sua cozinha somente para comportar seus fármacos, e confeccionar um cartaz para que possa se organizar melhor na administração dos medicamentos.

Como sua vida é muito monótona, decidimos que era melhor propor atividades físicas que melhoram sua disposição e humor para enfrentar o dia. Uma leve caminhada de meia hora por dia já é o suficiente. Se encontrar com mais frequência com conhecidos também foi algo proposto para isso.

Orientação sobre alimentação para diabético e horários de dormir também entraram como uma boa solução ao problema. Por fim, mediante a nossa unidade básica de saúde, se decidiu agilizar a consulta para avaliar a viabilidade da cirurgia do seu câncer de bexiga, nos deixando de pronta ajuda para transportar o paciente até a unidade.

Etapa 5 - Aplicação à realidade

Assim, tendo em base o que foi estudado no campo da teorização e levando em consideração as hipóteses de solução que foram levantadas, foi decidido colocar em prática e analisar os resultados:

Primeiro se utilizaram nossas visitas para desempenhar o papel psicológico de cuidadores assim como descrito na teorização. Durante o tempo da visita, houve conversas com o paciente sobre seus principais problemas e desafios no transcurso do câncer, desempenhando um apoio psicológico quanto a sua doença, como ouvir o que ele tinha para falar e desabafar, ajudar em alguma tarefa doméstica da qual ele tinha dificuldade em

realizar e organizar sua rotina, levando palavras de esperança e conforto para a sua vida.

Não menos importante, houve ajuda em organizar todo seu esquema terapêutico: separou-se uma gaveta para guardar exclusivamente todos os seus fármacos. Foi como monitorar a validade de cada um deles e demos a ele um pequeno cartaz com o resumo autoexplicativo de como tomar todos os fármacos durante o dia. Além disso, foi proposto uma rotina de exercícios físicos simples, porém com boa adesão de início. Assuntos como a dieta também foram abordados, onde foi levado para ele um simples estudo de fácil compreensão de como deve ser a dieta de um paciente como ele, seus benefícios e o risco de não seguir uma dieta adequada.

Também houve desempenho em ações referentes ao problema central dele. Com a ajuda da equipe médica da unidade básica de saúde referente ao nosso campo de estágio, foi possível marcar uma consulta para encaminhá-lo ao centro de referência nesse tipo de cirurgia oncológica, encaminhando-o para essa consulta especializada. Atualmente o paciente já passou pelo risco cirúrgico e já está bem encaminhado para o desfecho da cirurgia que por muitos anos vem aguardando.

Dessa maneira, é notável a diferença em seus aspectos psicossociais dentro do transcurso da doença. Foi constatado que era esse o cuidado que o paciente estava precisando. Nos últimos encontros percebeu-se uma grande mudança em seu humor. Está mais confiante e está colocando em prática tudo o que lhe foi aconselhado para auxiliar no seu tratamento.

CONCLUSÃO

Ao finalizar o trabalho, conclui-se que a ferramenta do Arco de Magueres se mostrou muito eficiente na confecção do artigo, pois possibilita não só a obtenção de conhecimentos teóricos sobre o tema mas também uma visão ampla sobre as características do paciente em relação ao processo da doença, ficando bem claro como os aspectos psicossociais influenciam diretamente a vida do paciente. Algo negativo foi que faltou tempo para se constatar mudanças mais concretas no bem-estar da paciente, além do setor em que vive oferecer riscos para a nossa segurança durante as visitas.

Além disso, é notável que a disciplina de Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF) com a realização de atividades na UBS oferece aos alunos a oportunidade de acompanhar a realidade do SUS, a dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis. As atividades realizadas foram positivas e contribuíram muito para o aprendizado, onde foi possível notar a humildade da população e suas dificuldades, o que nos fez ter um olhar mais humanizado para nossa futura vida profissional.

REFERÊNCIAS

PRADO, Marta Lenise do; VELHO, Manuela Beatriz; ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. Arco de Charles Magueres: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. (2015)

Ribeiro de Oliveira, Tatiane; Rezende Souza, Juciléia - Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar -

Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(1), 215-227, mar, 2017 – disponível em lilacs.

Rodrigues Alves de Santana, Jeanny Joana; Rodrigues Zanin, Carla; Maniglia, José Victor - Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social - Paidéia, 2008, 18(40), 371-384 – disponível em lilacs.

Vieceli Farinhas, Giseli; Wendling, Maria Isabel; Lovato Dellazzana-Zanon, Letícia - Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador - Pensando fam. Vol.17 no.2 Porto Alegre dez. 2013 – disponível em pepsic.

INFLUÊNCIA GENÉTICA NOS TRANSTORNOS MENTAIS: RELATO DE CASO

*Fernanda Rodrigues Soares, Luís Felipe Pires Fontana, Maike Mateus Mota Gomes, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho⁵ Joede Alvarenga de Souza Luniere**

Resumo

As novas teses e experimentações neurocientíficas, principalmente a partir da década de 80, vem comprovando as bases biológicas dos transtornos mentais de forma muito concreta, relacionando-o com fatores causais e agravadores relacionados ao ambiente. Esse trabalho tem o objetivo de relatar a influência na prática da genética acerca das patologias psiquiátricas e o que os profissionais de saúde podem fazer para o tratamento e reabilitação precoce de todos os pacientes acometidos, bem como demonstrar o efeito da redução desses fatores na qualidade de vida do paciente. Foi realizado por meio de um estudo observacional, aplicado a teoria da problematização e foi constatado que, apesar de uma população pequena, houve um desvio nesta família da média brasileira de pacientes acometidos por doenças mentais, reforçando o embasamento do relatório realizado pelo National Institute of Mental Health que traz dados acerca de mutações em cromossomos, deleções de genes e herança genética dessas mutações. Foi realizada uma intervenção familiar/social, tendo um espectro desde pequenos conselhos e intervenções leves, chegando até a terapia conjunta com a equipe de psiquiatria e psicologia, e apesar do pouco tempo, foram observadas melhoras muito significativas em todos os pacientes, que seguindo o ritmo de tratamento proposto, podem ter suas vidas dentro do padrão da normalidade.

Palavras-chave: Neurociências; Psiquiatria Biológica; Transtornos Mentais; Saúde Mental.

Abstract

New neuroscientific theses and experiments, mainly from the 1980s, have been proving the biological bases of mental disorders in a very concrete way, relating them to causal and aggravating factors related to the environment. This work aims to report the influence on the practice of genetics about psychiatric pathologies and what health professionals can do for the treatment and early rehabilitation of all affected patients, as well as demonstrating the effect of reducing these factors on the quality of care. patient's life. It was carried out through an observational study, applied to the problematization theory and it was found that, despite a small population, there was a deviation in this family from the Brazilian average of patients affected by mental illnesses, reinforcing the basis of the report made by the National Institute of Mental Health that brings data about chromosome mutations, gene deletions and the genetic inheritance of these mutations. A family / social intervention was carried out, with a spectrum ranging from small advice and mild interventions, up to joint therapy with the psychiatry and psychology team, and despite the short time, very significant improvements were observed in all patients, who following the proposed treatment rhythm, they can live their lives within the normal range.

Keywords: Neuroscience; Biological Psychiatry; Mental Disorders; Mental health.

⁵ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientador do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

No processo de avanço da psiquiatria, um dos grandes desafios foi a busca por legitimidade dentro do ambiente científico, sendo os principais empecilhos para tal reconhecimento a falta de bases anatomopatológicas para explicar a etiologia das diversas doenças mentais e a falta de sistematização em trabalhos acadêmicos psiquiátricos. A ausência de padronização acometia principalmente relato de casos (Nível VII de evidência), que nem sempre apresentavam um diagnóstico conciso e, por conseguinte, um tratamento efetivo, conseqüentemente, por vezes, apresentavam resultados contraditórios ou imprecisos. Essa inconsistência nos resultados era percebida através das revisões sistematizadas com metanálises, que possuem melhor nível de evidência (Nível I de evidência) e têm como características a contraposição de diversos artigos.

Como resultado disso, muito do conhecimento era oriundo de fontes teóricas que, por trazerem certo grau de resultado na maioria dos casos, eram aceitas e utilizadas, todavia apresentando falhas estruturais, pois na ausência de um estudo sistematizado, quando o diagnóstico era impreciso, o conhecimento resultante do processo da doença naquele indivíduo era afetado.

Durante esse período, as teorias psicológicas primariamente e os fatores ambientais, logo em seguida, foram os grandes norteadores, desde a identificação até o tratamento das doenças mentais, sendo um dos poucos conhecimentos que os profissionais de saúde mental tinham disponíveis até meados da década de 50. Com o avanço dos estudos da genética, a difusão do estudo científico

padronizado, da epigenética de indivíduos acometidos por transtornos mentais, e dos exames de imagem e sorológicos, estas teorias ganharam ao longo de meio século um complemento para a explicação e categorização das doenças mentais.

Somente a partir dos anos 70, com a consolidação do conhecimento neurológico e psicológico, bem como da relação de ambos, que surgiram no âmbito internacional trabalhos que conseguiram explicar de forma clara e quase total o processo de fisiopatogênia das doenças psicológicas.

A patogênese foi relacionada com a predisposição que aquele indivíduo possui, geneticamente; algum fator temporal que desencadeie o processo de alteração das sinapses cerebrais ou alguma outra alteração orgânica e psicológica resultante desse fator. O marco do processo de segmentação e objetivação do estudo da doença foi a publicação do DSM III, em 1980, que diferente das versões anteriores, tornou-se um manual neutro, objetivo e universal para a categorização de fatores diagnósticos de doenças mentais.

Após essas descobertas, o processo de estudo para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes também foi positivamente afetado, pois, mesmo que não se possa prevenir ou reverter totalmente o quadro, a farmacologia voltada para a resolução da alteração orgânica pode ser utilizada, com algum benefício para o paciente. Para elucidar esse processo através da exemplificação, temos como exemplo a depressão. Sabe-se que essa doença possui influências genéticas e ambientais, embora o processo não seja tão elucidado, o

resultado da patogênese é uma redução das atividades de neurotransmissores no sistema nervoso central sendo, por isso, a maioria dos tratamentos voltados a práticas de vida diária que aumentem a produção dessas substâncias, além de medicamentos que permitem que elas ajam por mais tempo na fenda sináptica.

Este estudo tem como objetivo relatar um caso familiar em que a genética e, devido ao convívio familiar, o ambiente, influenciou na prática no desenvolvimento das patologias psiquiátricas e a importância dos profissionais de saúde podem fazer não somente para o tratamento e reabilitação precoce como também na identificação de fatores de risco ambientais que suscetibilizem essa família a não aderir ao tratamento ou a ter um pior prognóstico. O objeto de estudo foi uma família abrangida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) São Sebatião, que se encontra em Senador Canedo, Goiás, Brasil. A indicação se deu por meio de uma agente comunitária de saúde (ACS) do local que, ao ser questionada sobre residências com alta taxa de doenças psiquiátricas, disse ter ficado intrigada com essa família em particular devido a ação ocasionalmente alterada do “pai” da casa, por vezes agressivo, e a presença de “um estado mental incomum” no restante dos residentes, tendo sido caracterizado por esta como suspeita de depressão. Além disso, a ACS também informou que grande parte dos irmãos de ambos os conjugues possuíam alguma doença mental, segundo informação que teve da família durante as visitas, sendo por isso, uma família interessante de ser analisada.

A escolha deste assunto foi devido à sua relevância histórica na medicina, mais

especificamente na psiquiatria; por ter sido o tópico abordado durante a Unidade Curricular contemporânea às visitas realizadas à família, e pela oportunidade de revisar o diagnóstico e a conduta realizada à família, visto que o médico, em geral, atende os pacientes individualmente, sendo está uma oportunidade para serem avaliados como um conjunto. Além disso, por ser uma enfermidade causada por fatores sociais e psicológicos surge a oportunidade de avaliar se a família se encontra em situação de risco ou vulnerabilidade e abre portas para estimular a mudança de hábitos, como forma de ter o tratamento potencializado, e buscar remover o fator ambiental por trás de cada doença. Além do benefício familiar, foi pensado também no desenvolvimento da literatura brasileira, pois apesar de um assunto sendo considerado pelos autores tão importante, a presença desse tipo de artigos nacionais sobre o tema não é tão numerosa e atualizada quanto deveria.

O presente artigo foi desenvolvido com base na observação e pesquisa nas bases de dados SciELO, Cochrane, Google Scholar (Google Acadêmico no Brasil) e na base de dados do governo americano National Institute of Mental Health (NIMH) com as palavras: Transtornos mentais (Mental disorder); Doenças mentais (Mental illness); Psiquiatria biológica (Biological Psychiatry) e Neurociências (Neuroscience). Foi realizado por meio de um estudo observacional, aplicado a teoria da problematização do Arco de Manguerez. Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Identificação e Descrição do Exame do Estado

Mental:

A base para a descrição do exame do estado mental é o manual da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Rotina de Avaliação do Estado Mental. A família observada era composta por 04 membros, sendo eles:

Paciente 01: Uma mulher, sexo feminino, que será identificada como RA neste trabalho, tendo seu nome completo R.M.L.M., de 40 anos, atualmente do lar, ex-cabeleireira, casada há 08 anos com RO em seu terceiro casamento, mãe de 02 filhas, E1 e E2, 08 anos de escolaridade, religiosa protestante. Sem nenhum antecedente mórbido. Relata que seis de seus sete irmãos fazem tratamento para doenças psiquiátricas, sendo a única que conseguiu se lembrar era o Transtorno Afetivo Bipolar. Posteriormente foi diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior. Durante as nossas visitas era a única que estava sempre presente. Era economicamente ativa, porém devido às crises de RO acabou se afastando da atividade laboral e hoje se encontra desempregada, cuida quase que exclusivamente das atividades da casa. Se queixa do etilismo de RO, principalmente por, segundo ela, se alterar quando bebe, ficando sexualmente compulsivo e propenso a brigas e discussões. Tem relação levemente conflituosa com a filha E1 devido ao comportamento explosivo desta. A relação com E2 aparentou ser boa. Também relatou não ter o apoio da mãe, que é vizinha próxima nas brigas com o marido.

Exame do estado mental - Aparência:

Hígida, cabisbaixa, expressões faciais distorcidas pela tristeza aparente. Atividade psicomotora: Retardo psicomotor leve, pouca gesticulação e expressão facial triste. Atitude: Atitude amigável e aberta. Consciência: Sonolenta, lúcida, lentificação de reações. GCS:15. Atenção: Vigil, tenaz e concentrada. Sensopercepção: Nenhuma alteração observada. Orientação: Lúcida e orientada em tempo e espaço. Memória: Memória imediata, recente e remota preservadas, apesar da lentificação para a busca delas. Inteligência: Compatível com sua escolaridade, sem dificuldade de abstração. Humor: Triste. Afeto: Embotado. Pensamento: Produção: Lógica e coerente; Curso: Lentificado, retilíneo; Conteúdo: Ideação suicida e preocupações com problemas alheios. Juízo crítico: Preservado, paciente possui Insight de seu estado apesar de nunca ter procurado ajuda. Diminuição do interesse por atividades, diminuição da atividade sexual, diminuição da atividade religiosa anterior. Linguagem: Fala loquaz, lenta, baixa e adequada a situação. Funções psicofisiológicas: Sono: Insônia inicial e no meio da noite. Apetite: Aumento com alteração no peso de 30% (ganho de 19 kg em dois anos). Sexualidade: Diminuição do desejo e da atividade sexual.

Paciente 02: Homem, sexo masculino, que será identificado como RO, tendo seu nome completo R.N.G., de 40 anos, motorista de caminhão, casado há 08 anos com RA em seu segundo casamento, não possui filhos, padrasto de E1 e E2, alfabetizado com ressalvas, 03 anos de escolaridade, não declarou religião. Anteriormente foi diagnosticado com

Transtorno Afetivo Bipolar, realizou o tratamento com terapia e Lítio por 04 anos, interrompeu-o por conta própria e se tornou etilista há dois anos, segundo RA o fim do tratamento se deu pela vontade de ingerir bebidas alcóolicas, tabagista desde os 15 anos com carga tabágica de 50 anos/maço. Posteriormente foi reafirmado o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar tipo II. Segundo RA, fica com temperamento explosivo após ingestão de álcool e durante alguns meses começa com sintomas mais acentuados de delírios de que estão falando dele ou de RA e, por isso, acaba ficando com muito ciúme. Também passa a ter atitudes diferentes como distribuir dinheiro e pagar bebidas para estranhos ou fazer compras fiado mesmo com dinheiro sobrando no bolso.

Exame do estado mental Aparência: Levemente suja, expressão facial neutra. Atividade psicomotora: Agitada com inquietação. Atitude: Leve hostilidade observada, não lhe agradou muito a presença da equipe. Atenção: Hipervigil, tenacidade baixa e desconcentrado. Sensopercepção: Familiares relataram que o mesmo já teve sensações sensoriais compatíveis com ilusões, relataram que nunca mais viram o mesmo se queixar das ilusões. Orientação: Lúcido e orientado em tempo e espaço com alguma perturbação indescritível Memória: Memória imediata e recente preservadas, algumas lacunas em memória remota Inteligência: Compatível com a idade escolar, porém abaixo da média para um homem de 40 anos Humor: Irritado Afeto: Irritado porém contido Pensamento: Produção: Lógica e coerente na maioria do tempo; Curso: Chega ao final do pensamento com alguns devaneios no

curso; Conteúdo: Irritado, obsessão com o trabalho. Juízo crítico: Paciente tem senso crítico, porém Insight quase ausente quanto a sua doença mental. Nenhuma alteração desde o período que se lembra, família relata que “ele sempre foi assim, tratando ou não”. Linguagem: Fala rápida, porém loquaz, alta, por vezes devaneio devido ao pensamento, mas chega a uma conclusão. Funções psicofisiológicas: Sono: Necessidade de sono diminuída Apetite: Sem alterações de apetite e/ou peso Sexualidade: Diminuída devido a falta de interesse da parceira.

Paciente 03: Uma mulher, sexo feminino, que será identificada como E1, tendo seu nome completo E.C.L.M., de 20 anos, desempregada ao início do acompanhamento e ao final, trabalharia em um salão de beleza, 11 anos de escolaridade, não possui filhos. Ao início do acompanhamento a mesma se encontrava em um relacionamento, que após investigação foi descoberto se tratar de um relacionamento abusivo, sendo totalmente coagida a permanecer nele. Nenhum antecedente mórbido. Possui um histórico familiar de patologias mentais forte, pois é filha de RA, que foi diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior e do seu primeiro marido, que segundo informações, ele e todos seus irmãos tratam de transtornos psiquiátricos, que relataram ser Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Depressivo Maior e um caso de Esquizofrenia. A mesma apresenta temperamento amigável com a equipe, porém com traços de Transtorno de Personalidade Borderline, humor muito reativo, conduta explosiva, irritável facilmente, alternância entre extremos e esforços para evitar o abandono mesmo que a coloque em um

relacionamento abusivo, que fizeram com que a mesma já tivesse alguns problemas com a lei. Ao final do acompanhamento, a mesma foi encaminhada ao serviço especializado com suspeita do Transtorno de Personalidade Borderline.

Exame do estado mental - Aparência:

Hígida, aparentemente amigável e feliz
 Atividade psicomotora: Inquietação e agitação
 Atitude: Amigável, aberta, levemente expansiva
 Consciência: Lúcida Atenção: Vigil, Tenaz, desconcentração leve
 Sensopercepção: Nenhuma alteração relatada
 Orientação: Lúcida e orientada em tempo e espaço
 Memória: Remota, Recente e imediata preservadas
 Inteligência: Ótimo rendimento, aprendizagem fácil
 Humor: Neutro, incompatível com o afeto
 Afeto: Aparência de felicidade, contentamento, porém relata não estar tão bem assim
 Pensamento: Produção: Lógica e coerente; Curso: Rápido e retilíneo; Conteúdo: Preocupações excessivas com seus problemas
 Juízo crítico: Preservado, paciente possui Insight e procurou assistência especializada assim que foi oferecida.
 Conduta: Diminuição do interesse por atividades, diminuição da atividade sexual
 Linguagem: Fala loquaz, expansiva, adequada a situação
 Funções psicofisiológicas: Sono: Insônia inicial
 Apetite: Aumento do apetite com ganho ponderal não quantificado
 Sexualidade: Diminuição da atividade sexual.

Paciente 04: Uma mulher, sexo feminino, que será identificada como E2, tendo seu nome completo E.L.M., de 18 anos, disse que exerce profissão remunerada sem especificar, noiva, não

possui filhos, 12 anos de escolaridade, religião protestante, filha de R1 com o segundo marido, que foi relatado casos de tentativas de suicídio, padrões de comportamento compatíveis com Transtorno Afetivo Bipolar, alguns diagnosticados. A paciente foi pouco acompanhada devido a mudança para o Nordeste no meio das atividades, por isso não foi realizado seu exame do estado mental, porém a mesma apresentava uma calma e frieza excessiva, fala calma, desdém pelos interesses alheios, falta de empatia a situação que sua família se encontrava, característicos de traços de personalidade antissocial, porém hipótese apenas levantada pela equipe, não confirmada posteriormente.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Todo ser humano carrega entre 80.000 e 100.000 genes, os produtos desses genes atuando juntos e em combinação com o ambiente permitem a essência de todas as características humanas. À medida que as funções dos genes nos processos cerebrais passam a ser melhor compreendidas, os pesquisadores podem começar a desenvolver maneiras de intervir em processos que causam doenças. Ao mesmo tempo, os genes da vulnerabilidade e do “modificador do curso da doença” fornecerão ferramentas extraordinárias para a pesquisa terapêutica e de prevenção.

Nas últimas décadas, observamos a ascendência das hipóteses biológicas sobre a formação dos transtornos. A partir dos anos 1970, no contexto da chamada “segunda psiquiatria biológica”, as investigações destinadas a identificar possíveis determinantes orgânicos e a elaboração de uma

classificação diagnóstica objetiva das patologias mentais passaram a predominar no cenário psiquiátrico. (Shorter et al. 1997).

A compreensão dos processos de formação dos transtornos mentais vem se mostrando desafiadora desde a fundação do campo psiquiátrico, porém nas últimas décadas, as teorias neurocientíficas passaram a ser adotadas como explicação primordial para a etiologia dos transtornos mentais. Com o objetivo de encontrar os fundamentos dos transtornos, as investigações priorizaram a carga genética e o funcionamento cerebral. O desenvolvimento das neurociências proporcionou novo fôlego à expectativa de encontrar estritamente no funcionamento biológico a explicação para o surgimento dos transtornos mentais.

No âmbito da classificação diagnóstica, a publicação da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), em 1980, é entendida como um marco do processo de transformação da psiquiatria e, principalmente, da mudança na fundamentação conceitual que servia de alicerce para o conhecimento e a prática psiquiátrica. Ainda que o DSM-III tenha sido elaborado com base em uma suposta neutralidade objetiva, exatamente em contraposição ao excesso de teoria psicodinâmica que teria predominado nas versões anteriores, as descrições objetivas e universais do manual representaram mais um passo em direção à prevalência de uma compreensão organicista dos transtornos no campo da saúde mental. Desse modo, a orientação sintomatológica do DSM-III contribuiu para consolidar a visão biológica das doenças

mentais e, assim, enfatizar os discursos neurocientíficos e as estratégias psicofarmacológicas como formas científicas e válidas de explicação e tratamento das doenças. (Cad. Saúde Pública 32. Ortega et al., 2016).

Alguns avanços conquistados no mapeamento genético de doenças complexas, como diabetes e obesidade, geraram novas hipóteses e métodos de pesquisa, posteriormente aplicados aos transtornos mentais. A hipótese de “múltiplas variações raras” surgiu nesse contexto e vem sendo utilizada como modelo das pesquisas atuais, informando a busca pelos marcadores genéticos em psiquiatria. Essa hipótese tem como foco as variações estruturais raras (as chamadas CNV, ou copy number variations), resultantes de perda (deleção) ou ganho (duplicação) de bases do DNA, que contribuem para a variabilidade genética normal, o risco para doenças, as anomalias do desenvolvimento e os mecanismos mutacionais presentes na evolução. Combinadas, as mudanças sequenciais no material genético seriam responsáveis pelo risco para determinadas doenças. (KIM et al., 2011).

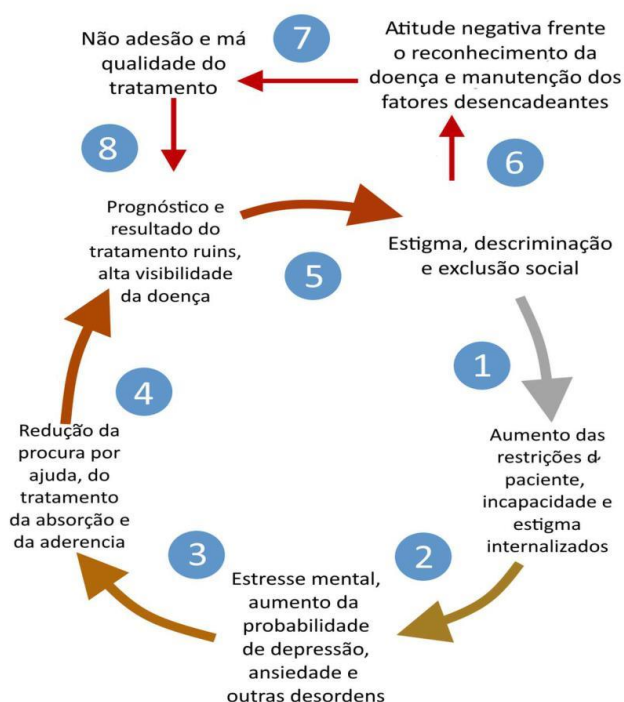


Fig.1 – Sistema de retroalimentação ambiental das doenças mentais.

Para avaliar a hereditariedade dos transtornos mentais, são estudados principalmente em pacientes gemelares com pais com transtornos mentais, a taxa do distúrbio em gêmeos monozigóticos é comparada com a taxa em gêmeos dizigóticos. Se a taxa entre gêmeos monozigóticos for significativamente maior, então a hereditariedade é um fator importante. Por exemplo, as pesquisas mostraram que no transtorno bipolar, se um gêmeo monozigótico é afetado, o outro tem 60% a 80% de chance de ter o mesmo transtorno. Em contraste, um gêmeo dizigótico de um indivíduo afetado tem apenas 8% de chance de ter o distúrbio. Da mesma forma, um gêmeo monozigótico de uma pessoa com esquizofrenia tem 46% de chance de ser afetado, enquanto um gêmeo dizigótico tem apenas 14% de chance de ser afetado. (National Institute of Mental Health, 1997) Para efeitos comparativos, os estudos mais recentes sugerem um índice de médio de 60/10.000 para o espectro autista (Chakrabarti e Fombonne, 2001) e o último relatório do CDC americano (Central for Disease Control) traz uma taxa de 1/110 para o espectro autista. Enquanto isso em populações de gêmeos monozigóticos em nove estudos familiares, o risco para os irmãos de autismo variou de 2,5% a 8,6%, com um risco médio de 4,2%, algo em torno de 250/10.000 – 860/10.000 com o risco médio de 420/10.000. (National Institute of Mental Health, 1997).

RESULTADOS

A conduta foi realizada como resultado da nossa percepção sobre a realidade da família. As alterações do estilo de vida foram indicadas como sugestões durante as avaliações diárias. Em nenhum momento foi percebido quaisquer casos de agressão física, situação de carência, abusos ou atividades ilícitas. O único fator que por vezes preocupava a família era o emprego de RO, que era esporádico e nem sempre gerava renda, entretanto, no momento em que o estudo foi realizado, ele se encontrava realizando as atividades laborais remuneradas.

Foi solicitado que RO parasse de beber gradualmente e fizesse uma nova consulta para retorno da medicação. Em relação à reação de RA para com a situação, foi sugerido que não fizesse mais ameaças vazias caso ele continuasse bebendo exageradamente e que, ao invés disso, tomasse algumas atitudes não tão drásticas como retaliação, além de procurar manter um pouco mais de diálogo e evitar confrontos, ademais, foi pedido que marcasse uma consulta para verificar seus sintomas, inclusive a incapacidade de reiniciar o sono após acordar no meio da noite.

Em relação a E1, sugerimos conversar com o namorado sobre as atitudes e como evita-las ou terminar o relacionamento, visto que seria um desgaste desnecessário para ambos e que só traria mais estresse, que seria descontado em RA. Não foi possível sugerir nada a E2 pois ela foi embora para sua cidade após o primeiro dia, pois não morava com a família, mas também reconhecemos que não seria necessário, pois era uma pessoa independente e com futuro já planejado, embora não estivesse estudando, já trabalhava, possuía um casamento

agendado e frequentava igrejas frequentemente.

Como resultado as brigas entre RO e RA cessaram, sendo necessário para isso a ida de RA à delegacia fazer uma denúncia, o que comentamos ser uma ação muito drástica para uma próxima situação, como consequência foi relatado melhora na relação de ambos, sem mágoas pela situação. Além disso,

RA realizou a consulta, como sugerido, e lhe foi receitado um fármaco com o intuito de melhorar o sono.

Durante a nossa estadia, ocorreu que o namorado de E1 colocou um redirecionador de mensagens de Whatsapp em seu celular e um rastreador em sua motocicleta, além disso nos foi relatado inúmeros casos em que ele se descontrolou em locais públicos por ciúmes. Como resultado desse conjunto ela optou por terminar com ele e entregou o rastreador na delegacia, em conjunto com uma denúncia formal. Logo após a denúncia, foram identificadas algumas ameaças tanto no celular da mãe quanto no celular da filha, que também foram repassadas à delegação do caso.

Após o término, RA relatou melhora na relação de E1 com o restante da família, e humor menos explosivo durante o dia. RA também apontou que o conflito foi uma oportunidade de diálogo, visto que E1 sempre procurava auxílio e apoio na mãe, que anteriormente não era tão atenciosa as queixas da filha sobre o namorado, achando inclusive ser um problema gerado pela própria E1. No período em que visitamos a família, E1 também iniciou um novo emprego em um salão de beleza.

Nas visitas, o que foi identificado de desvio de padrão foi sempre compatível com o diagnóstico

médico e a medicação prescrita de acordo com os sinais e sintomas. Tendo a equipe da UBS nos auxiliado provendo inclusive os prontuários médicos dos pacientes, quando devidamente solicitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fatores psicológicos e ambientais são comumente negligenciados durante o tratamento de distúrbios psicossociais. Mesmo sendo reconhecidos como fator desencadeante da maioria dos transtornos mentais em adultos jovens, é pouco citado na literatura como um fator que deve ser alterado como forma do tratamento. Assim como demonstrado pela figura 1, a própria enfermidade é um fator agravante para o seu prognóstico e capaz de predispor o paciente a outras alterações psiquiátricas, principalmente devido ao estigma que essas doenças possuem, levando a um declínio da saúde mental.

Se não corrigida, essas alterações não somente dificultam a resposta ao tratamento como também retroalimenta a patogenia da doença. Com base nisso, foram realizadas as ações discutidas na Proposição de Solução e que podem ser sintetizadas em Identificar falhas na adesão aos tratamentos ou outros fatores de risco para o agravamento da saúde; Identificar situação de vulnerabilidade; Identificar situações de abusos; Identificar o nível de esclarecimento da família em relação a sua saúde e melhorá-lo; Verificar condutas e fármacos em buscas de erros, fármacos desatualizados ou interações medicamentosas; Pesquisar o aparecimento de novas doenças secundárias às

doenças de base.

A resposta em relação às atitudes tomadas fora inteiramente positiva, sendo relatada redução não somente da frequência de embates e discussões como também do tom de agressividade durante esses eventos. Além disso, durante a realização da intervenção não foram relatados eventos de crises referentes as síndromes psiquiátricas dos pacientes, o que não se pode atribuir às ações, principalmente devido ao curso esporádico das doenças psiquiátricas diagnósticas.

REFERÊNCIAS

- Genetics and Mental Disorders: Report of the National Institute of Mental Health's Genetics Workgroup, September 19, 1997. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/advisory-boards-and-groups/namhc/reports/genetics-and-mental-disorders-report-of-the-national-institute-of-mental-healths-genetics-workgroup.shtml>
- Chakrabarti, S; Fombonne E. Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children: Confirmation of High Prevalence. *Am J Psychiatric*, vol.162, n.6, p. 1133-1141, 2005.
- Fombonne, E. Epidemiological Trends in Rates of Autism. *Molecular Psychiatric*, vol.7, p. S4-S6, 2002.
- Silva, L.R.F.; Ortega, F.J.G. Epigenetics as new etiological hypothesis in the contemporary psychiatric field *Physis* vol.24 no.3 Rio de Janeiro July/Sept.2014
- disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300765&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
Acesso em: 15 nov. 2018.
- Bolton, P.; MacDonald, H.; Pickles, A.; Rios, P.; Goode, S.; Crowson, M.; Bailey, A.; and Rutter, M. A case-control family history study of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35:877–900, 1994.
- Rutter, M.; Bailey, A.; Bolton, P.; and LeCouteur, A. Autism: syndrome definition and possible genetic mechanisms. In: Plomin, R. and McClearn, G.E. eds: *Nature, Nurture, and Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association Press, 1993. pp. 269–284.
- August, G.J.; Stewart, M.A.; and Tsai, L. The incidence of cognitive disabilities in the siblings of autistic children. *British Journal of Psychiatry*, 138:416–422, 1981.
- Folstein, S. and Rutter, M. Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18:297–321, 1977.
- Silva, L.R.F.; Ortega F.J.G. Biological determination of mental disorders: a discussion based on recent hypotheses from neuroscience. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(8):e00168115, ago, 2016.
- Litt E, Baker MC, Molyneux D. Neglected tropical diseases and mental health: a perspective on comorbidity. *Trends Parasitol* 2012; 28(5): 195-201.

INTERVENÇÃO A PARTIR DO USO DO ARCO DE MAGUEREZ A UM PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO

*Lucas Mezza Dourado, Sara Borges de oliveira, Chrystianne Ferreira da Silva, Gabriela Mezza Dourado, Michel Reis Esselin Biancardini, Kalil do Carmo Cunha Porto, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho⁶, Thaiza Dias dos Anjos**

Resumo

A Hipertensão Arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva; Já o Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, gerando hiperglicemia crônica e resultando em disfunção e falência de vários órgãos, como rins e olhos. O objetivo desse estudo de caso é orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção e controle desse tipo de paciente na estratégia de saúde da família. Foi elaborado um estudo de caso desenvolvido a partir do Arco de Magueréz, ferramenta disponível na metodologia de problematização, utilizando dados fornecidos e questionários aplicados aos integrantes da família dos pacientes envolvidos durante seis meses. O paciente no qual elaboramos o trabalho possui HAS e foi diagnosticado DM há aproximadamente 2 anos e já comprometeu alguns sistemas com visão, audição e circulação periférica. Toma a medicação prescrita pelo médico da UBS que é cadastrado, porém não possui uma boa conduta de conscientização quanto às demais formas de tratamento. Os métodos de orientações da doença são simples e os controles dessas enfermidades crônicas devem ser feitos de maneira correta para evitar maiores complicações.

Palavras-chave: Caso Clínico, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

Abstract

Arterial Hypertension is defined as a systolic blood pressure greater than or equal to 140 mmHg and a diastolic blood pressure greater than or equal to 90 mmHg in individuals who are not taking antihypertensive medication; Diabetes Mellitus (DM) is a multiple etiology syndrome, due to the lack of insulin and / or the inability of insulin to properly exert its effects, generating chronic hyperglycemia and resulting in dysfunction and failure of various organs such as kidneys and eyes. The purpose of this case study is to guide and systematize measures for the prevention, detection and control of this type of patient in the family health strategy. A case study was developed based on the Arch of Magueréz, a tool available in the problematization methodology, using data provided and questionnaires applied to the family members of the patients involved for six months. The patient in whom the study was developed has been diagnosed with DM for approximately 2 years and has already compromised some systems with vision, hearing and peripheral circulation. Take the medication prescribed by the doctor of the UBS that is registered, but does not have a good behavior of conscientization as to the other forms of treatment. The methods of disease orientation are simple and the controls of these chronic diseases must be done correctly to avoid further complications.

Key words: Clinical case, Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus.

⁶ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população do Brasil. Não há uma causa única para estes acometimentos, mas existem vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

O Ministério da Saúde (2001) aponta a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus como dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário no país.

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. Já o diabetes todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições sócio-econômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (Ministério da Saúde, 2001).

Estas doenças levam, à invalidez parcial ou total do indivíduo de maneira gradativa, com graves repercussões para o paciente, sua família e para a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são sensíveis, oferecendo várias chances de evitar complicações; quando não, podem resultar em comorbidades que afetam diretamente a saúde do indivíduo (Ministério da Saúde, 2001).

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna

(Noronha, Da Silva, Lopes, De Macedo, Carneiro).

Desta forma, o Ministério da Saúde (2001), em articulação com as sociedades científicas, as federações nacionais dos portadores, as secretarias estaduais, através do CONASS, e as secretarias municipais de saúde, através do CONASEMS, apresenta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes. Seu propósito é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

Visando oferecer maior consistência aos clínicos e outros profissionais na definição do conceito, foi adotada a classificação definida no III Consenso Brasileiro de HAS. Assim, o limite escolhido para definir HAS é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições – realizadas no mesmo momento (Ministério da Saúde, 2001).

Esta nova orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo-se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global (Ministério da Saúde, 2001).

A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (Ministério da Saúde, 2001), (Noronha, Da Silva, Lopes, De Macedo, Carneiro).

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da

incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2001), (Noronha, Da Silva, Lopes, De Macedo, Carneiro).

OBJETIVO

O objetivo desse estudo de caso é orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica com isso o diagnóstico tardio da patologia e o não tratamento recomendado para ela, destacando os principais motivos desse acontecimento.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de caso no modelo de problematização de Arco de Magueréz com base nos dados fornecidos pela família adotada durante o período de seis meses desenvolvidos e correlacionado com a matéria do Programa de Integração Ensino Saúde da Família IV (PINESF IV) de acordo com o cumprimento das metas a serem atingidas pelo aluno e composição do desenvolvimento acadêmico do PINESF IV correspondente do quarto período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser- UNIFAN. Assim, o artigo se estruturou nas seguintes etapas:

Primeira etapa: observando a realidade

Consiste na participação ativa dos

pesquisadores para um olhar atento da realidade, efetuando assim uma primeira leitura na qual o tema a ser trabalhado está inserido ou acontecendo na vida real. É o momento em que os envolvidos podem olhar atentamente para a realidade, escolhendo aspectos que precisem ser desenvolvidos, trabalhados, revisados ou melhorados.

Segunda etapa: identificando os pontos-chave

Nessa segunda etapa, os sujeitos realizam uma eleição do que foi observado na realidade. Analisa-se o que é realmente importante, identificam-se os pontos-chaves do problema ou assunto em questão e as variáveis determinantes da situação. É o momento de síntese após a etapa da escolha do que será estudado sobre o problema, os

aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos, para buscar uma resposta ao problema, que é a aplicação de Metodologia Ativa no processo observação-resolução.



Figura esquematizando o arco.

Terceira etapa: teorização

A teorização, terceira etapa do Arco de Charles Magueréz, é o momento em que os elaboradores

passam a perceber o problema e indagar o porquê dos acontecimentos observados nas fases anteriores. Uma teorização bem desenvolvida leva o sujeito a compreender o problema, não somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou situações, mas também os princípios teóricos que os explicam. Nesse momento de teorização acontecem as operações mentais analíticas que favorecem o crescimento intelectual dos alunos. Todos os envolvidos no processo devem estudar o assunto.

Quarta etapa: identificando hipóteses de solução

A quarta etapa do Arco de Charles Maguerez consiste na elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e realidade.

Quinta etapa: aplicação à realidade

Na quinta etapa do Arco de Charles Maguerez, aplicação à realidade, os pesquisadores envolvidos são levados à construção de novos conhecimentos para transformar a realidade observada, por meio das hipóteses anteriormente planejadas. (Do Prado, Velho, Espíndola, Sobrinho, Backes)

RESULTADOS

Observação da Realidade:

Paciente J.F.S., gênero masculino, 86 anos, possui HAS e DM Tipo II. História da doença atual (HDA): paciente relatou que possuía hipertensão arterial controlada e diabetes descompensada,

sendo que a diabetes foi diagnosticada a aproximadamente 2 anos e já comprometeu alguns sistemas com visão, audição e circulação periférica. O paciente apresenta edema nos membros inferiores e “formigamento” nos pés. Toma a medicação prescrita pelo médico da UBS que é cadastrado. Sempre afere sua pressão e glicemia com os alunos do curso de medicina dos demais PINESF que já vem o acompanhando. Os medicamentos que costuma tomar não têm efeito colateral. Antes de ser diagnosticado sua pressão era de 260/180mmHg sem tomar qualquer tipo de medicamento, hoje sua pressão se estabeleceu entre 120/80mmHg. Sua medicação de hipertensão e diabetes é adquirida em farmácia popular. Ingera Enalapril 20mg (1 comprimido pela manhã e 1 comprimido à noite) e Anlodipino 5mg (1 comprimido pela manhã. Sua diabetes antes do diagnóstico era de 320mg/dL e hoje estabelecida em torno de 140mg/dL. Sua medicação é retirada em uma farmácia popular sem nenhum custo para a paciente. Ingera Metformina 850mg (1 comprimido depois do almoço e 1 comprimido depois do jantar) e Glicazida 30mg (1 comprimido pela manhã. Paciente não é etilista e nem tabagista mas é sedentário. Seu pai e dois irmãos eram diabéticos e hipertensos.

Determinação de Pontos Chave:

A situação problema aconteceu devido ao paciente não fazer uma dieta balanceada e não realizar atividade física contando somente com o efeito da medicação ingerida diariamente. Com isto não havia feito nenhuma medida para auxiliar seu quadro clínico. No caso desse paciente, depois de

ser acolhido pela sua ACS e os Autores do artigo, negou-se a fazer qualquer procedimento que auxilie na involução de seu problema.

Teorização:

A decisão relativa à abordagem de portadores de HAS não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes, tais como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doença renal e cardiovascular. Deve-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos e culturais. A PA elevada crônica leva à lesão vascular. As artérias apresentam modificações em sua geometria, desde a diminuição da luz e espessamento das paredes até rupturas. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares desses órgãos (Ministério da Saúde, 2001), (Noronha, Da Silva, Lopes, De Macedo, Carneiro).

O tratamento não medicamentoso da Hipertensão envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. No tratamento da doença, benefícios adicionais podem ser obtidos com exercícios físicos estruturados, caracterizando um treinamento individualizado. O treinamento aeróbico reduz a PA casual de pré-hipertensos e hipertensos. Ele também reduz a PA de vigília de hipertensos e diminui a PA em situações de estresse físico, mental e psicológico. O treinamento aeróbico é recomendado como forma preferencial de exercício para a prevenção e o tratamento da doença. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA).

No DM Tipo II, a obesidade, especialmente de distribuição abdominal (obesidade “andróide ou tipo maçã”) diagnosticada quando a razão entre a circunferência da cintura e do quadril (RCQ) é maior que 1m, para os homens, e maior que 0,80m, para as mulheres. Esta condição está presente em 80% dos pacientes no momento do diagnóstico. Levando a evidências de complicações crônicas micro e macrovasculares. As complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações na microcirculação - retinopatia e nefropatia; na macrocirculação - cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica; neuropáticas (Lyra, Oliveira, Lins, Cavalcanti)

Hipóteses de Solução:

Conseguir fazer com que o paciente crie o hábito de praticar exercícios físicos como caminhada e estabelecer uma dieta adequada para sua morbidade para melhor solucionar o problema da paciente. Desta forma pode-se conceder ao paciente uma expectativa de vida melhor, além de reduzir as chances da ocorrência de novas comorbidades tanto da hipertensão, da diabetes ou das duas doenças associadas.

Aplicação Prática a Realidade:

O paciente conseguiu fazer caminhadas pequenas em volta de sua casa nos primeiros quinze dias, progredindo para caminhadas em volta da quadra de sua residência. Ele também passou a usar a meia de compressão que nós alunos do PINESF doamos a ele para melhorar a circulação periférica. Conseguimos realizar um cardápio balanceado e inserir na sua dieta, que foi muito bem

aceita pelo paciente. E assim conseguimos abaixar os níveis de glicose sanguínea. Os outros cuidados com a paciente seguem paliativos de acordo com suas necessidades.

CONCLUSÃO

Concluimos então que a prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar esses agravos. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica. Nesse sentido, a estratégia populacional de prevenção é mais efetiva e segura que a procura por indivíduos com alto risco, embora não deva ser excluyente. Esta tarefa é de competência da equipe de saúde na prevenção da HAS, do DM e de suas complicações. Devem enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas, e o estímulo a uma alimentação saudável. É interessante lembrar que no âmbito das secretarias municipais e estaduais de saúde já existem programas de prevenção e de intervenção na área cardiovascular. Nesses casos, as equipes de saúde da família devem procurar realizar uma ação articulada, visando otimizar recursos e buscar parcerias com as sociedades científicas relacionadas a essas patologias.

Em relação ao caso da J.F.S. a investigação foi feita pelo médico da unidade de saúde e a ACS e PINESF conseguiu com que o paciente apresentasse melhora em seu quadro clínico, além disso, seu estado biopsicossocial esta novamente restaurada.

REFERÊNCIAS

Ministério da saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab7.pdf. Acesso em: 23 de maio de 2018.

MACHADO, Luis Eduardo; CAMPOS, Renata: O IMPACTO DA DIABETES MELITO E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA A SAÚDE PÚBLICA – Revista Interdisciplinar Dezmebro de 2014

NORONHA HENRIQUE, Nathalia; DA SILVA COSTA, Priscila; LOPES VILETI, Juliana; DE MACEDO CORREA, Maria Clara; CARNEIRO CARVALHO, Eloá: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO SOBRE OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA - Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun.

Marta Lenise do Prado; Manuela Beatriz Velho; Daniela Simoni Espíndola; Sandra Hilda Sobrinho; Vânia Marli Schubert Backes: ARCO DE CHARLES MAGUEREZ: REFLETINDO ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Ruy Lyra; Mônica Oliveira; Daniel Lins; Ney Cavalcanti: Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2- Arq Bras Endocrinol Metab vol 50 n° 2 abril 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia: 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – setembro de 2016.

ASSOCIAÇÃO DE SOFRIMENTO EMOCIONAL RESULTANTE DO LUTO COM VALORES GLICÊMICOS EM PACIENTES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS COM DIABETES TIPO 2

*Luís Felipe P. Fontana, Maike Mateus Mota, Sara Borges de Oliveira, Chrystianne Ferreira da Silva, Lucas Mezza Dourado, Gabriela Mezza Dourado, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho⁷, Thaiza Dias dos Anjos**

Resumo

Luto, do latim “lucto”, é um sentimento profundo de tristeza e pesar pela morte de alguém. O luto é caracterizado por um período de consternação e saudade pela perda de um ente querido. O despreparo para lidar com a morte e com a ausência do ente querido pode implicar em reações orgânicas e psicológicas que, em decorrência da capacidade adaptativa do indivíduo ao período de luto, acaba por interferir na homeostase e, conseqüentemente, na saúde do paciente. O principal objetivo deste trabalho foi investigar a influência de uma importante perda familiar na glicemia de uma paciente diabética tipo II, que após esse evento sofreu alterações consideráveis no metabolismo de carboidratos, tendo seus índices glicêmicos durante o período analisado abruptamente elevados com o episódio da perda de sua mãe, além de após identificar as possíveis causas, que com investigação foi atribuída ao período de luto que a paciente estava passando, corrigi-las com o tratamento adequado. O trabalho foi desenvolvido na região de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Bandeirantes, no período do 2º semestre de 2019 através de visitas semanais a família, consulta ao prontuário da UBS e da Instituição de ensino, cuja a mesma se tornou paciente, e análise dos dados com devida pesquisa. Os resultados evidenciaram melhora nos índices glicêmicos no primeiro mês, após realização de conduta adequada, para padrões próximos aos anteriores.

Palavras-chave: Hiperglicemia, Diabetes, Luto, Disfunção orgânica.

Abstract

Mourning, from the Latin “lucto”, is a deep feeling of sadness and grief over someone's death. Grief is defined by a period of dismay and longing for the loss of a loved one. The unpreparedness to deal with death and the absence of a problem can imply the organic and psychological issues resulting from the individual's adaptive capacity to the period of mourning, eventually interfering with homeostasis and, consequently, the patient's health. The main objective of this study was to investigate the influence of an important family loss on the blood glucose of a type II diabetic patient, who after this event suffered considerable changes in carbohydrate metabolism, and their glycemic indexes during the analyzed period abruptly increased with the episode of loss. After identifying the possible causes, which with investigation was attributed to the period of mourning that the patient was going through, correcting them with the appropriate treatment. The study was carried out in the region covered by the Jardim Bandeirantes Basic Health Unit, during the second semester of 2019, through weekly visits to the family, consultation of the medical records of the BHU and the educational institution, which became patient, and data analysis with proper research. The results showed improvement in glycemic indexes in the first month, after conducting appropriate conduct, to patterns close to the previous ones.

Keywords: Hyperglycemia, Diabetes, Mourning, Organic dysfunction.

⁷ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

Contexto e problema

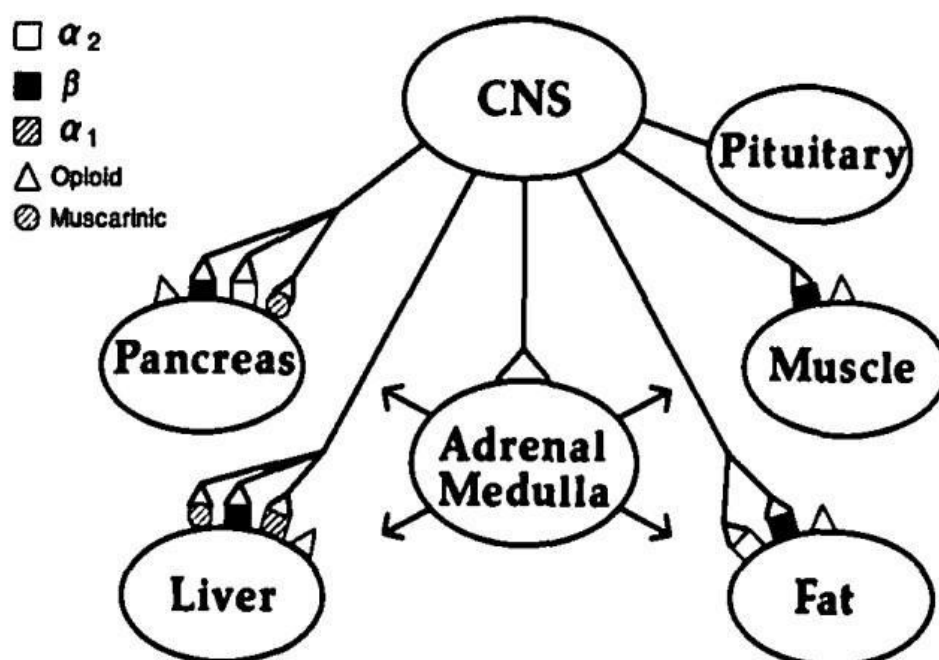
“O estresse é um potencial contribuinte para a hiperglicemia crônica no diabetes. Há muito vem mostrando possuir efeitos importantes na atividade metabólica” (SURWIT, 1992, p.1413). Nesse sentido, GRANT et al. (2007) afirma que o “[...] emocional relacionado ao diabetes é um elemento importante da qualidade de vida que pode influenciar a adesão a autocuidado, controle glicêmico e risco de complicações”.

Essa relação não é recente e se estabeleceu firmemente durante o século XIX em estudos que buscaram identificar etiologias para diabetes e apontaram “o estresse” (WILLIS, 1679) ou “a

ocorrência de um trauma emocional repentino” (Maudsley, 1899) como eventos subsequentes.

Cannon (1941) atribuiu esse efeito à resposta de luta ou fuga, que inclui descarga simpática e elevações nos níveis circulantes de catecolaminas, glicocorticóides e GH. O efeito líquido dessa resposta é a mobilização de energia. Como a glicorregulação é comprometida em indivíduos diabéticos, os efeitos mobilizadores de energia do estresse podem ser prejudiciais ao controle da glicemia em pacientes diabéticos (5,6). Portanto, a extensão em que o estresse ambiental e outras variáveis comportamentais contribuem para o controle da glicemia são teoricamente importantes no tratamento clínico desse distúrbio.

FIGURA 1 – Esquema de Caminhos Pelo Qual o Sistema Nervoso Central (CNS) Pode Influenciar o Metabolismo da Glicose.



FONTE: Surwit (1992).

O benefício adaptativo da mobilização de energia induzida por estresse em indivíduos saudáveis e não diabéticos é óbvio. No entanto, no diabetes mellitus, onde o metabolismo da glicose é comprometido, esses efeitos do estresse podem ser problemáticos. Finalmente, níveis elevados de glicose no sangue podem, por si só, prejudicar a capacidade do pâncreas de responder a um estímulo à glicose (LEAHY, 1998)

Esse efeito é claro tratando da DM tipo II, no entanto, a literatura sobre os efeitos do estresse nos modelos experimentais e no diabetes humano tipo I é complicada e muitas vezes contraditória, e não nos permite chegar a uma conclusão clara sobre como o estresse afeta a doença. Essas inconsistências podem refletir verdadeiras diferenças individuais na resposta metabólica ao estresse que podem estar relacionadas a outras variáveis comportamentais. Por outro lado, condições confusas, como a neuropatia autonômica, que se desenvolve ao longo do tempo e comprometeria qualquer resposta do sistema nervoso simpático ao estresse, também podem contribuir para essas aparentes respostas idiossincráticas ao estresse por parte de diferentes pacientes (SURWIT et al, 1992).

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Vergara (2000), classifica os tipos de pesquisa quanto aos fins a que se destina e quanto aos meios de investigação. Seguindo esta classificação a presente pesquisa enquadra-se quanto aos fins a que

se destina como do tipo descritiva e aplicada. Descritiva porque expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Aplicada porque é motivada pela necessidade de resolver problemas reais, portanto, com finalidade prática.

Instrumento utilizado

O presente trabalho está alicerçado principalmente na obra de Paulo Freire, a qual defende que a aprendizagem tem relação com o cenário, com o método de ensino e com a interação entre os indivíduos.

Nessa experiência foi utilizada a Problematização, que se fundamenta na pedagogia libertadora de Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético e no construtivismo de Piaget, tendo como referência o Arco de Charles Maguerez (Alves, 2003; Bordenave & Pereira, 2005).

Essa metodologia consiste em cinco etapas:

- 1 Observação da realidade;
- 1 Pontos-chave;
- 1 Teorização;
- 1 Hipóteses de solução;
- 1 Aplicação à realidade – Prática

A primeira etapa, "Observação da realidade" e identificação do problema, envolve o início de um processo de apropriação de informações pelos sujeitos, que são conduzidos a observar a realidade em si, sob sua própria ótica, a identificar-lhe características, a fim de poderem contribuir para a sua transformação (Berbel, 1995; Colombo & Berbel, 2007).

Definido o problema, os indivíduos elegem os seus possíveis fatores e determinantes, realizando uma reflexão que culminará na definição dos "Pontos-chave", que podem ser expressos de diferentes maneiras: questões básicas, afirmações sobre características do problema, tópicos a serem investigados ou outras formas (Colombo & Berbel, 2007).

Concluído o estabelecimento dos pontos-chave principia-se a "Teorização", na qual os indivíduos buscam construir respostas mais fundamentadas para a problemática. Uma teorização bem desenvolvida leva o aluno a compreender o problema, não somente em suas dimensões baseadas na experiência ou situação, mas também nos princípios teóricos que o explicam (Berbel, 1999; Bordenave & Pereira, 2005; Colombo & Berbel, 2007).

Na quarta etapa do Arco de Maguerez, "Hipóteses de solução", a criticidade, criatividade e originalidade devem ser fomentadas para se pensar nas alternativas de solução. O estudante aprende com a realidade, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la (Bordenave & Pereira, 2005; Colombo & Berbel, 2007).

O momento da "Aplicação à realidade" é aquele que possibilita implementar as soluções geradas no processo, a fim de transformar a realidade problematizada. Essa fase possibilita o intervir, o exercitar e o manejar ocasiões relacionadas à solução do problema (Colombo & Berbel, 2007; Reibnitz & Prado, 2006).

Procedimento de coleta de dados 1

2

Os dados aqui utilizados foram obtidos através das fichas de prontuário, que não foram copiadas e nem retiradas da Unidade Básica de Saúde que as abriga, foram somente contempladas mediante causa justa e com anterior aviso à família, que concordou com a ação; das informações obtidas através de entrevistas quinzenais com a família, do histórico glicosímetro pessoal da paciente e através de pesquisas realizadas com as palavras stress, diabetes mellitus, emotional distress, em diversos bancos de dados como PubMed®, Medline®, Medscape, Scielo, New England Journal of Medicine e Cochrane.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Observação da realidade

A paciente e objeto analisado pelo trabalho, M.A., a cerca de um ano, passou a ser anfitriã de sua mãe, A.F.P., que estava apresentando complicações graves de diabetes mellitus. Devido à necessidade de vigilância constante da mãe, principalmente após a amputação da perna direita, M.A. pausou o trabalho como costureira e dedicou o seu dia integralmente para o serviço de cuidadora. As duas eram muito próximas e, dentre os outros filhos, M.A. foi a que mais se dedicou, por vezes, se queixando até da ausência dos seus irmãos.

A.F.P. foi sempre relutante na ingestão de anti-hiperglicêmicos oral, assim como seu esposo até hoje é com anti-hipertensivos. Mesmo após instrução da necessidade do uso da medicação de forma ambulatorial como uma forma de evitar ou

até mesmo atrasar a necessidade de internações, e retardar a progressão da doença.

Na segunda visita foi relatado quadro diarreico por parte da família. A situação estava refratária e a paciente apresentava sintomas de desidratação (Sinal da Prega Presente). Antes da terceira visita, fomos informados pela ACS que a Sra. A.F.P. havia sido internada e evoluiu a óbito.

Diante dessa situação, sua filha, M.A., evoluiu com forte alteração dos níveis glicêmicos. Relatou não ter tido mudança no padrão de uso dos medicamentos, porém passou a se alimentar menos e em horários diferentes. Nos dias seguintes, mesmo com normalização da alimentação, não houve redução dos níveis glicêmicos para os padrões anteriores.

FIGURA 2 – PÉ DIABÉTICO DE A.F.P. ANTES DA AMPUTAÇÃO



A seguir são apresentados os resultados identificados a partir da aplicação do instrumento de pesquisa do presente trabalho.

TABELA 1 – Aferições de glicemia

Dia	Glicemia	Dia	Glicemia	Dia	Glicemia	Dia	Glicemia	Dia	Glicemia	Dia	Glicemia
26/06	100	04/09	160	10/09 *	121	24/09	571	29/09	517	30/09	382
13/08	95	04/09	178	10/09	146	24/09	568	29/09	528	01/10 *	289
21/08	160	04/09	160	12/09	124	24/09	489	30/09	405	01/10	416
22/08	192	06/09	149	13/09	180	26/09	390	30/09	439	02/10 *	291
03/09	229	07/09	185	19/09	230	26/09	525	30/09	439	02/10	354
03/09	144	08/09	140	19/09	304	26/09	531	30/09	373	03/10 *	291

► Em vermelho: Mensurações no período de luto. Média anterior 166.5 após 433.22. Fonte: própria autor.

Pontos-chaves

Foram elencados como pontos-chaves para que se possa haver adequada teorização e propostas de intervenção para a paciente os seguintes pontos:

Avaliação dos fármacos utilizados no tratamento psiquiátrico: Devido a sua depressão diagnosticada anteriormente ao acompanhamento;

Avaliação dos fármacos hipoglicemiantes e de sua eficácia através da glicemia capilar, em consequência de recente alteração, sendo necessário rever a terapêutica;

Avaliar Risco de Síndrome do Cuidador em atenção ao longo período que teve a rotina direcionada à cuidados de pessoa com mobilidade reduzida;

Avaliar Risco de Síndrome do Luto Prolongado: em razão de recente perda de um ente querido.

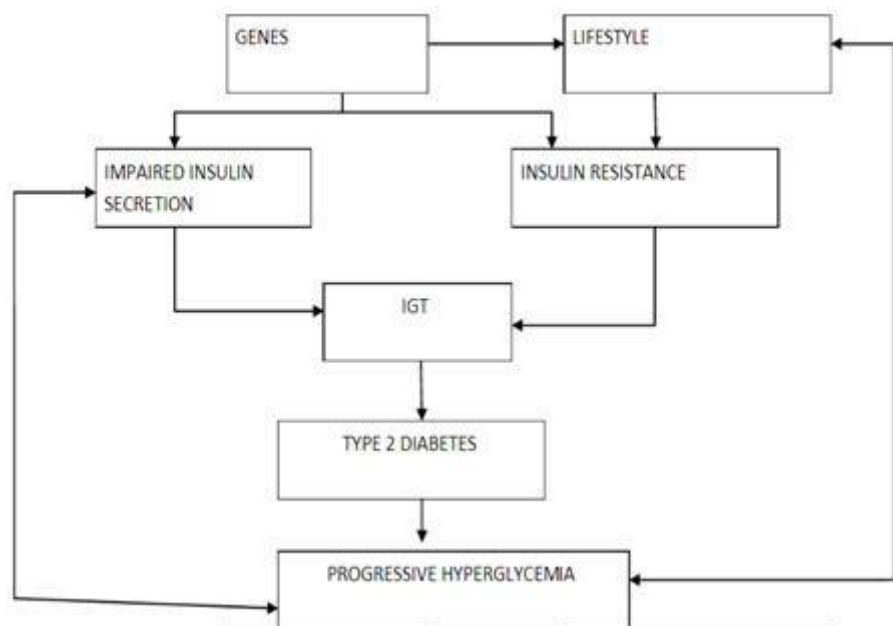
Teorização

Diabetes mellitus (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados por uma condição

hiperglicêmica crônica resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. O diabetes neonatal permanente é causado pela deficiência de glucocinase e é um erro inato da via de sinalização glicose-insulina (Njolstad et al., 2003).

O diabetes tipo 2 é a forma predominante de diabetes e responde por pelo menos 90% de todos os casos de diabetes mellitus (Gonzalez et al., 2009). Prevê-se que o aumento da prevalência seja muito maior nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos (69 versus 20%) (Shaw et al., 2010). Nos países em desenvolvimento, as pessoas com idades entre 40 e 60 anos (ou seja, idade ativa) são as mais afetadas, em comparação com aquelas com mais de 60 anos nos países desenvolvidos (Shaw et al., 2010). Esse aumento no diabetes tipo 2 está inextricavelmente ligado a mudanças no estilo de vida ocidental (dieta alta com atividade física reduzida) nos países em desenvolvimento e ao aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade (Chan et al., 2009; Colagiuri, 2010).

FIGURA 3 – PATOGENESE DA DIABETE TIPO 2

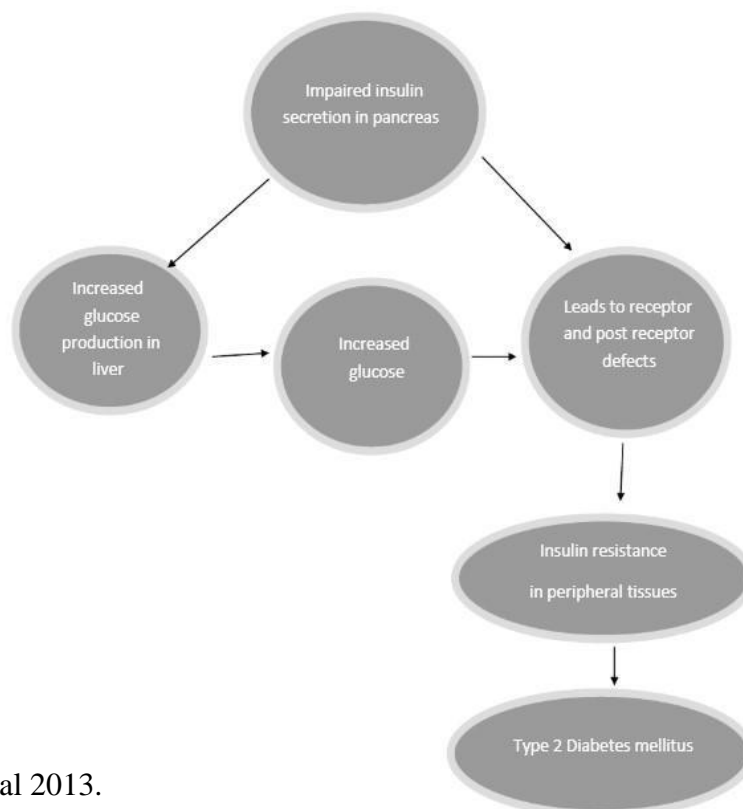


Fonte: Ozougwu et al 2013.

Sob condições fisiológicas normais, as concentrações plasmáticas de glicose são mantidas em uma faixa estreita, apesar das grandes flutuações na oferta e na demanda, por meio de uma interação fortemente regulada e dinâmica entre a sensibilidade do tecido à insulina (especialmente no fígado) e a secreção de insulina (DeFronzo, 1988). Na diabetes tipo 2, esses mecanismos quebram, com a consequência de que os dois principais defeitos patológicos da diabetes tipo 2 são a secreção de insulina prejudicada por uma disfunção das células beta pancreáticas e a ação da insulina prejudicada pela resistência à insulina (Holt, 2004). O diabetes mellitus tipo 2 tem uma associação genética maior que o DM tipo 1, a patogênese do diabetes mellitus tipo 2 é caracterizada por secreção e resistência à insulina diminuídas. Pensa-se que a taxa de concordância de 100% em gêmeos idênticos seja

excessivamente estimado, devido a um viés de seleção ou relatório. Um estudo de base populacional na Finlândia mostrou uma taxa de concordância de 40%, e o efeito ambiental pode ser uma possível razão para a taxa de concordância mais alta para diabetes mellitus tipo 2 do que para diabetes mellitus tipo 1 (Kaprio et al., 1992). O diabetes mellitus tipo 2 afeta 1 a 2% dos caucasianos (Cook et al., 1993), mas é muito maior em alguns grupos étnicos, como os indianos (Knowler et al., 1990) e os árabes (Richens et al., 1988) e se aproxima de 50% no sul da Índia, isso indica que fatores genéticos são mais importantes que fatores ambientais.

FIGURA 4 – Patofisiologia da diabetes mellitus tipo 2



Fonte: Ozougwu et al 2013.

O luto é caracterizado como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto, um fenômeno mental natural e constante no processo de desenvolvimento humano.

O processo de luto está inevitavelmente presente na dinâmica entre os dois polos da existência humana: a vida e a morte. A ideia de luto não se limita apenas à morte, mas o enfrentamento das sucessivas perdas reais e simbólicas durante o desenvolvimento humano. Deste modo, pode ser vivenciado por meio de perdas que perpassam pela dimensão física e psíquica, como os elos significativos com aspectos pessoais, profissionais, sociais e familiares do indivíduo. O simples ato de crescer, como no caso de uma criança que se torna adolescente, vem com uma dolorosa abdicção do corpo infantil e suas significações, igualmente, o declínio das funções orgânicas advindo com o envelhecimento. A capacidade de o indivíduo, desde a infância, se adaptar às novas realidades produzidas diante das perdas servirá como modelo, compondo um repertório, reativado em experiências ulteriores (BONFIM et al. 2013).

Ao explicar o conceito em Luto e Melancolia, Freud (1915) o entende como uma reação à perda, não necessariamente de um ente querido, mas também, algo que tome as mesmas proporções, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano. Para o autor, no luto, nada existe de inconsciente a respeito da perda, ou seja, o enlutado sabe exatamente o que perdeu. Além disso, o luto é um processo natural instalado para a elaboração da perda, que pode ser superado após algum tempo e, por mais que tenha um caráter patológico, não é considerada doença, sendo assim, interferências tornam-se prejudiciais.

Sem discordar das definições de luto explanadas por Freud (1915), Melanie Klein também o concebe como uma perda objetal e, em cujo processo haverá uma reativação de experiências tidas no princípio do desenvolvimento psíquico humano. M. Klein entende que nesse processo haverá uma reativação (KLEIN, 1940) do que chamou de "posição depressiva" arcaica. Assim, o que é acrescentado em Klein, é que o luto não se refere apenas a uma perda objetal real, mas também simbólica.

FIGURA 5 – O luto normal e o patológico, Freud e Klein

	FREUD	KLEIN
LUTO	Não é considerado doença	Não é considerado doença
Seu estado	Tristeza profunda	Estado maníaco-depressivo
	Superado após certo tempo	Superado após certo tempo
	Perda real	Perda real e simbólica (mundo externo e interno)
	Hipercatexia	Reativação da posição depressiva
Processo de elaboração	Desligamento da libido do objeto perdido	Reestruturação do mundo interno
	Teste de realidade	Teste de realidade
	Persuasão narcísica	Triunfo
Ao final do processo	Ego desinibido	Reparação e introjeção de objetos bons
PATOLOGIA	Melancolia	Luto anormal
	Distúrbio na autoestima	Não superação da posição depressiva arcaica
	Identificação e incorporação	Predomínio de defesas posição da esquizo-paranóide
	Regressão ao narcisismo primário	Identificação projetiva
	Ligação interminável com o objeto perdido	Ligação interminável com o objeto perdido

Fonte: Freud [in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas, 1996]

A dor e o sofrimento que estão atrelados ao acontecimento e à vivência com a perda do ente querido são dolorosos, inevitáveis e necessários. Mudanças no humor e no padrão comportamental, dificuldade para concentrar-se, comportamento agressivo diante dos outros e de si mesmo, fadiga, perda na regulação do sono, da fome e de autocuidados, além de múltiplos problemas somáticos, em consonância com vários sentimentos, intensificam-se e associam-se à condição de resposta ao evento ou acontecimento estressor, incluindo, na etiologia do luto, a melancolia, a sensação de impotência perante a morte e a falta de prazer com as atividades. A persistência desses sintomas e do estresse afetam ainda a função imunológica, o que predispõe o organismo a outros agravos à saúde, como o surgimento de enfermidades. (CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa 2013)

A adaptação à situação vivenciada é entendida como processo dinâmico, mediante o qual os pensamentos, os sentimentos, a conduta e os mecanismos biofisiológicos mudam continuamente para ajustar-se a um ambiente em constante transformação; a ruptura do bem-estar é consequência das dificuldades em superar a vivência de experiências estressantes que desgastam o organismo na resposta orgânica e na esfera psicológica. O estresse é um processo complexo e multidimensional, resultante de uma série de fenômenos que se manifestam por sinais multiformes. Pode ser definido como desgaste geral do organismo, tanto físico como emocional, causado por alterações psicofisiológicas que ocorrem mediante esforço desencadeado por um

estímulo percebido como ameaçador à homeostase. Os estressores, dependendo do grau de sua nocividade e do tempo necessário para o processo de adaptação, têm várias classificações. A morte súbita de pessoas insere-se na categoria de acontecimentos biográficos críticos, por serem localizáveis no tempo e no espaço, por exigirem uma reestruturação profunda da situação de vida e por provocarem reações afetivo-emocionais de longa duração.

Outros autores consideram a morte um estressor do tipo de eventos maiores. A maioria dos indivíduos consegue lidar com o estresse comum, mas sua capacidade adaptativa é insuficiente diante de um evento inesperado e catastrófico; alguns eventos estressores podem ser desencadeados por situações da vida cotidiana e produzir efeitos comparáveis aos gerados pelas vivências em guerras. Se a reação do organismo for muito intensa, na condição que ultrapasse a capacidade adaptativa do indivíduo, o acontecimento é classificado como estressor traumático; a ruptura do bem-estar constituiria o distress ou forma danosa do estresse. Quando se confronta com a morte e enfrenta o luto, o corpo reage, e as primeiras consequências mentais, emocionais e físicas aparecem. A morte do ente querido pode ser atrelada à ruptura do bem-estar, condição que afeta a rotina no trabalho, a vida social e familiar, suscitando, por parte dos profissionais, uma avaliação criteriosa e ampla, e não apenas focada no quadro clínico, ou seja, em queixas e sintomas. Investigações mais minuciosas são necessárias, para que os efeitos desse processo sejam elencados, com ética e rigor, para compor tratamentos mais

individualizados, que dê ao outro (ao enlutado) a oportunidade concreta de apoio e de enfrentamento.

Hipóteses de solução

Após reflexão, pesquisa e discussões, surgiram algumas hipóteses de condutas que poderiam trazer um efeito benéfico ao tratamento da paciente. Foi sugerido que a paciente melhorasse seu tratamento não farmacológico da Diabetes, como exercícios e alimentação, com consequência a perda de peso.

Posteriormente também foi sugerido um acompanhamento psicológico com um especialista para lidar com as questões acerca do luto, e acompanhamento com uma endocrinologista da instituição de ensino, para que tenha suas causas orgânicas tratadas, assim como a alteração das medicações em uso definidas futuramente pela especialista e orientação no seu modo de uso.

Além disso, cogitou-se agendar uma consulta no ambulatório da Faculdade Alfredo Nasser, tanto para controle e acompanhamento da diabetes, quanto para avaliação se o luto iria interferir na capacidade da paciente de providenciar autocuidados.

Aplicação a realidade

A paciente foi extremamente bem receptiva as sugestões em geral, em tópicos na ordem de sugestão foram conseguidos os seguintes resultados:

A paciente reduziu o consumo de carboidratos simples, diminuiu a quantidade de alimentos consumidos e reduziu o intervalo entre as refeições. Após o período de 1 mês de luto, ainda não havia recuperado a rotina alimentar, mas houve melhora em comparação com as duas primeiras semanas,

passando a ingerir menor quantidade nos mesmos horários de anteriormente.

Durante o acompanhamento não foram iniciados os exercícios físicos, porém a mesma estava positiva sobre a possibilidade de realizá-los;

A paciente retornou ao seu acompanhamento psicológico rotineiro, tendo agendado a consulta pelo plano de saúde próprio;

Veio a se tornar paciente da instituição de ensino (Centro de especialidades de saúde da faculdade Alfredo Nasser), com acompanhamento da endocrinologista da instituição.

Teve suas medicações alteradas, não apenas a medicação oral, como foi insulinizada para melhor controle glicêmico. Após a primeira aplicação, apresentou reação com dor e hematoma, o que pode ser justificado pela plaquetopenia que apresentava nos últimos exames. Foi indicada a tentar iniciar novamente e instruída sobre a forma e os locais de aplicação. A segunda tentativa foi um sucesso e seguiu com a utilização da medicação injetável.

CONCLUSÕES

A banalização da morte na vida das pessoas contribui, substancialmente, para o agravamento dos quadros de estresse traumático e de transtorno de adaptação. É preciso que os profissionais da área de saúde estejam preparados para receber pacientes abalados diante de uma grande perda familiar, para oferecer acolhimento digno, independente de qual seja a especialidade de atuação.

O sucesso no diagnóstico, tratamento e adesão da paciente ao mesmo dependeu de múltiplos fatores,

como o estado mental da paciente e a forma com que o primeiro contato foi feito, onde a relação é estabelecida e a partir dali é moldada, a sensibilidade dos profissionais e estudantes que lidaram com o caso e com a receptividade da paciente.

O sofrimento proveniente do luto gerou múltiplas alterações orgânicas que desencadearam o quadro de hiperglicemia da paciente. Essas mudanças felizmente foram detectadas a tempo e assim orientadas e tratadas corretamente, através do apoio de múltiplos estudantes e profissionais da saúde que acompanharam toda a família.

REFERÊNCIAS

- SURWIT R. S.: Diabetes Mellitus. Stress and Diabetes Mellitus; Diabetes Care, Volume 15, Number 10, October 1992.
- GRANT R. W.: Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with Type 2 diabetes. Journal compilation © 2007 Diabetes UK. Diabetic Medicine, 24, 48–54.
- WILLIS T.: Pharmaceutice rationalis: Or the exercitation of the operation of medicines in humane bodies. In The Works of Thomas Willis. London, Dring, Harper, & Leigh, 1679.
- MAUDSLEY H.: The Pathology of Mind. New York, Appleton, 1899.
- LEAHY, JL: Natural history of B-cell dysfunction in NIDDM. Diabetes Care 13: 992-1010, 1990.
- BORDENAVE, J., & Pereira, A. (2005). A estratégia de ensino-aprendizagem (26ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- VERGARA, Sylvia C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.
- BERBEL, N. (1995). Metodologia da problematização: Uma alternativa metodológica para o ensino superior. Semina: Ciências Sociais e Humanas, 16(2), 9-19.
- COLOMBO, A., & Berbel, N. (2007). A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, 28(2), 121-146.
- CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2769-2779, Sept. 2013.
- NJOLSTAD PR, Sagen JV, Bjorkhaug L, ²Ódili S, Shehadeh N, Bakry D, Sarici, S. U., Alpay, F., Molnes, J., Molven, A., Sovik, O. and Matschinsky, F. M. (2003). Permanent neonatal diabetes caused by glucokinase deficiency: inborn error of the glucose-insulin signaling pathway. Diabetes. 52(11):2854-60.
- CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. Psicol inf., São Paulo , v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013.
- FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia (1917 [1915]). In: _____. A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-263.
- Viola TW, Schiavon BK, Renner AM, Grassi-Oliveira R. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. Rev. Psiquiatr. 2011;33(1):55-62.
- Marques AH, Solis ACO, Neto FL, Lotufo RFM, Prado EBA. Estresse, depressão, alterações imunológicas e doença periodontal. Rev. Psiq. Clín. 2001;28(5):266-273.

Colagiuri S (2010). Diabetes; Therapeutic Options. *Diabetes Obes. Metab.* 12:463-473.

González EL, Johansson S, Wallander MA, Rodríguez LA (2009). Trends in the prevalence and incidence of diabetes in the UK: 1996 – 2005. *J. Epidemiol. Community Health.* 63: 332-336.

Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 87:4-14.

Chan JC, Malik V, Jia W, Kadowaki T, Yajnik CS, Yoon KH, Hu FB (2009). Diabetes in Asia; epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *JAMA*, 301:2129-2140.

DeFronzo RA, Ferrannini E (1988). Lily Lecture 1987. The Triumvirate: Beta Cell, Muscle, Liver. A Collusion Responsible for NIDDM. *Diabetes.* 37:667-687.

Holt G. I. (2004). Diagnosis, epidemiology and pathogenesis of diabetes mellitus an update for Psychiatrists. *Br. J. Psychiatry.* 184:s55- s63.

Cook JT, Hattersley AT, Levy JC, Patel P, Wainscoat JS, Hockaday TD, Turner RC (1993). Distribution of Type II diabetes in nuclear families. *Diabetes.* 42:106-12

Kaprio J, Tuomilehto J, Koskenvuo M, Romanov K, Reunanen A, Eriksson J, Stengård J, Kesäniemi YA (1992); Concordance for Type 1 (insulin dependent) and Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus in population based cohort of twins in Finland. *Diabetologia*, 35:1060-1067.

Knowler WC, Nelson RG, Saad MF, Bennett PH, Pettitt DJ (1993). Determinants of diabetes mellitus in the Pima Indians. *Diabetes Care.* 16:216-227.

Knowler WC, Pettitt DJ, Sadd M, Bennett PH (1990). Diabetes mellitus in the Pima Indians: incidence, risk factors and pathogenesis. *Diabetes/Metab.Rev* 6:1-27.

Richens ER, Abdella N, Jayyab AK., Alsaffar M, Behbehani K (1988); Type 2 Diabetes in Arab patients in Kuwait. *Diabetic Med.* 5:231-234.

Ozougwu, Jevas; Obimba, K.C; Belonwu, C.D. & Unakalamba, C.B.. (2013). The pathogenesis and pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Academic Journals.* 4. 46-57.

MANEJO DE UMA FAMÍLIA COM IMPETIGO SEGUNDO O ARCO DE MAGUEREZ

*Lucas Mezza Dourado, Sara Borges de oliveira, Gabriela Mezza Dourado, Kalil do Carmo Cunha Porto, Chrystianne Ferreira da Silva, Michel Reis Esselin Biancardini, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho⁸, Fernanda Rodrigues Soares**

Resumo

Introdução: O impetigo é uma infecção bacteriana da pele que pode se manifestar de uma maneira bolhosa e não bolhosa, podendo evoluir para complicações orgânicas piogênicas e não piogênicas. Uma família pertencente ao programa de saúde da família que enfrentava essa doença foi adotada para dar seguimento a este trabalho. **Objetivo:** Avaliar a família acometida por esse problema, estudando sobre a doença e avaliar resultados de hipóteses de solução. **Metodologia:** O trabalho consiste em um relato de experiência seguindo uma ferramenta da problematização: o arco de Magueréz. **Conclusão:** Após o período de visitas e estudos, foram colocadas em prática hipóteses de solução, e foi constatado uma melhora significativa do impetigo nos membros da família e em outros fatores que acompanhavam o problema.

Palavras-chave: Impetigo, programa de saúde da família, arco de Magueréz.

Abstract

Introduction: Impetigo is a bacterial skin infection that can manifest in a bullous and non-bullous manner, and may progress to pyogenic and non-pyogenic organic complications. A family belonging to the family health program facing this disease was adopted to follow up on this work. **Objective:** To evaluate the family affected by this problem, studying about the disease and to evaluate the results of solution hypotheses. **Methodology:** The work consists of an experience report following a problematization tool: the Magueréz arc. **Conclusion:** After the period of visits and studies, hypotheses of solution were put into practice, and there was a significant improvement of impetigo in family members and other factors that accompanied the problem.

Keywords: Impetigo, family health program, Magueréz Arch.

⁸ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

A pele íntegra é uma barreira anatômica eficaz contra a infecção. A microbiota residente da pele é de baixa virulência, estável e raramente condiciona doença. Os principais causadores de infecção são os microrganismos que colonizam ocasional e transitoriamente a pele como: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, bactérias entéricas Gram negativas e *Cândida albicans*. A infecção pode ser uni ou polimicrobiana, pode ficar confinada às camadas mais superficiais da pele ou estender-se em profundidade aos tecidos moles adjacentes e à corrente sanguínea com septicemia e focos metastáticos à distância; daí o interesse dos exames culturais dos exsudados, dos produtos obtidos por drenagem cirúrgica e das hemoculturas quando há manifestações sistêmicas. (ARMENTANO, 2014)

Algumas infecções da pele e tecidos moles são superficiais e curam sem sequelas, outras são de uma gravidade extrema, com envolvimento de regiões mais profundas tal como a fáscia muscular e o músculo, com extensas áreas de necrose e evolução rápida para choque séptico. Na maioria dos estudos efetuados, *Staphylococcus aureus* foi o agente mais frequentemente isolado nas infecções da pele e tecidos moles, seguido de *Streptococcus pyogenes*. A agressividade de algumas estirpes e mecanismos imunológicos mediados por superantígenos podem determinar a evolução para quadros clínicos muito graves, como o choque tóxico estreptocócico e estafilocócico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA)

O impetigo é a mais comum das infecções da pele. Dissemina-se por auto-inoculação,

transmissão direta e indireta, por toalhas, roupas e outros fômites. Em lesões localizadas e de pequenas dimensões, a remoção das crostas com água e sabão é muitas vezes suficiente. A aplicação tópica de antimicrobianos (*bacitracina*, ácido fusídico ou *mupirocina*) parece ser um fator de indução de resistência bacteriana, pelo que não se deve utilizá-los com frequência no mesmo doente, nem em tratamentos prolongados. A terapêutica antibiótica sistêmica deverá ser efetuada quando a terapêutica tópica não for eficaz, nas lesões múltiplas e/ou recidivastes, nas lesões com envolvimento de grandes áreas, ou quando há um contexto epidemiológico intrafamiliar ou escolar. O impetigo é uma doença de vocação muitas vezes escolar ou relacionado a aglomerados de pessoas, principalmente crianças. (ARMENTANO, 2014)

Sendo assim, durante o período de estágio no programa de saúde da família, nos chamou a atenção uma família com diversos problemas durante uma visita domiciliar acompanhada de nossa preceptora. Sua realidade é bastante sofrida, e percebemos como a estrutura familiar é precária e como o impetigo, uma doença simples de tratar, compromete a qualidade de vida de todos. Assim, iniciamos a confecção deste trabalho mediante a seguinte metodologia:

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado pelos acadêmicos do 8º período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser – UNIFAN (Aparecida de Goiânia/GO), com apoio da preceptora na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Tiradentes, acompanhando

uma família selecionada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Aplicamos o método do Arco de Maguerez, composto por 5 etapas: Observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. (PRADO, VELHO, ESPÍNDOLA, 2015)

Teorizamos nosso estudo a partir de bancos de dados bibliográficos e livros, selecionando informações desde o embasamento histórico até as últimas atualizações sobre a doença, utilizando os descritores “impetigo”, “dermatite”, “pobreza” e “tratamento” nos bancos de dados científicos como Lilacs, Medline e Google acadêmico. Após isso, com base nos dados colhidos, propomos medidas de suporte ao problema que será discutido adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 - Observação da realidade

A família é composta pela mãe, dona T.F.P, de 32 anos, desempregada, ex usuária de drogas e possui 5 filhos: 3 filhos autistas de um primeiro casamento com um homem que faleceu vítima de complicações do HIV e 2 filhos mais novos do segundo casamento (senhor E). Dos filhos com autismo, o mais velho se chama C.E, 12 anos, faz uso de risperidona de 1mg. O do meio, L.F, tem 10 anos e utiliza o mesmo fármaco. A mais nova, M, tem 9 anos e utiliza risperidona, porém de 2mg.

A casa onde moram é alugada, não possuem animais de estimação e o que mais chama atenção é o estado em que a casa se encontrava: piso, paredes, móveis e utensílios domésticos sujos, ambiente escuro e sem ventilação e com forte odor de urina. A mãe, dona T, é insatisfeita com ela pois

acredita que todos seus problemas familiares são devidos a uma suposta ‘macumba’ realizada no momento da mudança.

Por conta de uma denúncia de maus tratos às crianças por parte de dona T feita por sua mãe (avó das crianças), permaneceu 3 anos sem a guarda das mesmas, que foram retiradas pelo conselho tutelar. Durante nossas visitas, dona T sempre mantinha uma atitude agressiva com as crianças, com leves agressões e xingamentos. Pode-se notar hematomas e escoriações nas crianças, mas a mãe atribui isso a brigas entre as crianças. A única a ir à escola é a irmã menor, pois os outros 2 irmãos foram retirados pela mãe que alega que lá eles não eram bem tratados.

As crianças passam sua rotina descalças e sujas. Os cuidados com higiene são extremamente precários, apresentando dentes mau cuidados e quebrados. A própria mãe possui edentulismo parcial (dentes da frente). C.E e L.F possuem histórico de diarreia recorrente, a última chegando a durar 30 dias, sem nenhuma procura a serviços médicos.

Há mais ou menos 15 dias da data da primeira visita, uma das crianças, C.E apresentou feridas incomuns pelo corpo, e quando estavam bem espalhadas, a mãe resolveu tratar com uma pomada que possuía em casa, sem sucesso. Em seguida, o segundo filho também começou a manifestar os mesmos sinais, obrigando, após muita insistência da avó das crianças a procurarem auxílio médico. Na consulta foram prescritos antibióticos e lhe foi dada instruções sobre a doença, enfatizado que é contagiosa. Antes de iniciar o tratamento, percebeu-se que quatro crianças estavam

manifestando sinais semelhantes. Mesmo após todos esses acontecimentos, o tratamento não estava sendo feito de maneira correta.

Em mais aspectos gerais, nota-se que as crianças autistas não são estimuladas e não possuem acompanhamento de profissionais como fonoaudiólogos, psicólogos e pediatras. Eles não falam, possuem uma postura inadequada e usam fralda; todos elas não têm a capacidade de se relacionarem com outras crianças. A alimentação é precária, com café da manhã e janta a base de pão e leite e almoço com arroz, feijão e verduras, sendo realizado sem hora definida.

Etapa 2 - Pontos-chave

Após as primeiras visitas, conseguimos elaborar alguns pontos principais que mais chamaram a atenção em meio à situação em que a família estava passando:

- Baixa instrução e situação social;
- Os sinais dermatológicos característico de impetigo;
- Aspectos críticos da higiene da casa;
- Cuidados precários com a saúde de todos;
- Fator socioeconômico;
- O autismo das crianças;
- Estrutura familiar precária;
- Rotina comprometida da família.

Assim, afim de teorizarmos sobre o assunto, decidimos aprofundar na temática do impetigo, afim obtermos um conhecimento melhor sobre o problema e como relaciona-la com a realidade dessa família.

Etapa 3 – Teorização

O impetigo é uma infecção cutânea superficial, muito comum em crianças pequenas, causada principalmente pelas bactérias *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*. Afetou cerca de 140 milhões de pessoas em 2010, e estima-se que cerca de 15% da população adulta latino-americana teve impetigo na infância. (LEÇA, CARVALHO, 2008)

A infecção geralmente é causada por *Staphylococcus aureus* podendo causar ou não bolhas pela pele. Quando causada por *Streptococcus pyogenes* geralmente não produz bolhas. Ambas são bactérias cocóides, gram-positivas e flora normal da pele em humanos e outros animais. São transmitidas por contato com lesões ou pelas vias respiratórias. Pode ser transmitida por contato com insetos. Possui período de incubação de 1 a 3 dias para *Streptococcus* e 4 a 10 dias para *Staphylococcus*. Também pode ser transmitido por contato direto com animais infectados, mas essa via é pouco comum mesmo em ambientes rurais. Em adultos frequentemente está associado a doenças crônicas como diabetes melito. (LEÇA, CARVALH, 2008)

A infecção pode afetar qualquer segmento da pele, sendo o rosto e as mãos os locais mais comuns. Um ferimento mal higienizado favorece o desenvolvimento de infecções bacterianas em geral, incluindo o impetigo. Ela pode se manifestar seguindo algumas vertentes clínicas, sendo elas: (LEÇA, CARVALHO, 2008)

a) Impetigo não bolhoso ou superficial simples: As lesões típicas começam na face, com predomínio peri-orifical, ou nos membros

inferiores, em pele previamente traumatizada, iniciando-se por uma lesão maculopapular eritematosa que rapidamente evolui para vesícula e pústula com crosta cor de mel, halo eritematoso, não dolorosa, prurido ocasional e sem repercussão sistêmica. Cura sem sequelas. Considerada classicamente uma infecção por *Streptococcus pyogenes*, dados mais recentes têm demonstrado um papel crescente de *Staphylococcus aureus* na etiologia do impetigo não bolhoso.

b) Impetigo bolhoso: É exclusivamente causado por *Staphylococcus aureus*. Inicia-se por uma bolha transparente, de parede fina, flácida, não dolorosa, habitualmente de diâmetro superior a 1cm, de conteúdo claro. Na criança mais velha as lesões localizam-se preferencialmente nos membros; no recém-nascido as áreas mais afetadas são o períneo, região periumbilical e axilas. Uma forma particularmente grave de impetigo bolhoso é a Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SSSS).

A Síndrome da Pele Escaldada inicia-se subitamente com sensação de doença, febre alta, prostração, eritema difuso e doloroso, descamação superficial da pele aos pequenos toques (sinal de Nikolsky). Há evolução rápida para bolhas de conteúdo claro em grandes áreas da pele, que após rotura apresentam uma base eritematosa e cicatrizam com condições da pele original. Estas situações, dada a gravidade clínica, exigem internamento hospitalar. Apesar da recuperação habitualmente rápida há que estar atento às complicações tais como alterações hidroeletrólíticas, perturbações da termorregulação e sobre-infecções bacterianas graves. Outra forma

de apresentação menos grave, é a escarlatina estafilocócica, que se inicia com febre, eritrodermia difusa, dolorosa e áspera, não apresentando língua de framboesa nem petéquias no véu do paladar, e evoluindo para descamação em grandes retalhos.

c) Ectima: É uma infecção que se inicia como o impetigo não bolhoso, mas com uma evolução mais arrastada; gradualmente a infecção torna-se mais profunda evoluindo para uma crosta escura, seca, aderente, com formação de escara de bordos elevados. O agente causal é *Streptococcus pyogenes* sendo *Staphylococcus aureus* considerado um agente secundário com uma ação sinérgica na manutenção da infecção.

Quando o sistema imune responde excessivamente, pode causar lesão renal causando Glomerulonefrite pós-estreptocócica. Quando não tratado adequadamente o *Streptococcus pyogenes* pode destruir colágeno e fibras musculares debaixo da pele causando fascíte necrotizante. O diagnóstico é clínico, geralmente feito por um clínico geral ou um dermatologista. Para casos atípicos ou resistentes é indicado que se faça uma cultura em laboratório especializado para que seja identificado o microrganismo causador e seleção do(s) antibiótico(s) apropriado(s) ao tratamento. (LEÇA, CARVALHO, 2008)

O tratamento deve ser iniciado tão logo apareçam os primeiros sintomas. Mas antes disso, o correto é realizar a prevenção. Lavar bem feridas, cortes ou lesões e usar antissépticos no local auxiliam na não progressão da doença, além de evitar o contato com outras pessoas que manifestes os mesmos sinais ou evitar ambientes de

aglomeração de pessoas ou animais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA)

Deve-se realizar a remoção e limpeza das lesões, duas a três vezes ao dia, com água e sabão, ou água Dalibour ou permanganato de potássio 1:40.000, ou água boricada a 2%. Em seguida, aplica-se pomada de antibióticos tipo neomicina, mupirocina, gentamicina. Se necessário introduzir eritromicina via oral na dose de 40mg/kg/dia dividida de seis em seis horas; cefalexina 30 a 50mg/kg/dia dividida em quatro tomadas. Geralmente desaparece em 24 a 48h após o início do tratamento sem deixar cicatrizes, podendo deixar manchas que desaparecem em algumas semanas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013)

Etapa 4 - Hipótese de solução

Como estudantes, não temos a autonomia de prescrever medicamentos ou outros exames, porém, com o nosso conhecimento, podemos dar dicas e propor medidas que podem facilitar o tratamento medicamentoso e atribuir uma melhor qualidade de vida para toda a família.

Dessa forma, identificamos que o principal erro é a maneira com que a mãe negligencia os aspectos de saúde de seus filhos e da sua própria. No decorrer das visitas, ficou bem claro que a negligência da saúde familiar é bem marcante, e para isso foram pensadas algumas ações para melhorar a qualidade de vida e saúde de todos.

De início, as propostas se baseiam nas seguintes premissas:

1) Orientar a mãe em voltar as crianças para a escola a fim de dar continuidade ao

desenvolvimento psicossocial delas e auxiliar no transcurso do autismo;

2) Buscar auxílio multiprofissional de acordo com as deficiências que as crianças apresentam, além da própria mãe estimular o desenvolvimento adequado e ensinar a elas a fazerem suas necessidades no local correto, dispensando o uso de fraldas.

3) Referente ao impetigo, a proposta é orientar e conscientizar sobre o que é a doença, os malefícios que ela pode acarretar e o quanto ela é contagiosa, com o risco de infectar a todos que vivem no mesmo local. Além disso, é fundamental orientar a maneira como deve ser realizado o tratamento, visto que ela já possuía os fármacos que o médico havia prescrito.

4) Não menos importante, é muito importante reforçar a necessidade de uma higiene correta. A casa deve ser corretamente higienizada e as crianças precisam de uma rotina de asseio pessoal adequado a fim de evitar tanto o impetigo quanto outras doenças que são causadas pela má higiene.

Etapa 5 - Aplicação à realidade

Durante as visitas procuramos colocar tudo o que foi planejado nas hipóteses de solução em prática. Para iniciar já abordamos o assunto da higiene pessoal, tanto dela própria quanto das crianças, corroborando que a causa da diarreia das crianças era relacionada com a má higiene. Abordamos primeiramente sobre a higiene bucal, ensinando a escovar corretamente os dentes e a frequência, sobre a higiene íntima e da necessidade de manter sempre as genitálias limpas e por fim com o próprio cuidado com a pele para tratar as

lesões do impetigo: além de ensinar a tomar corretamente os banhos e aplicar as pomadas antibióticas, enfatizando o risco de contágio entre todos os familiares. A mãe das crianças acreditava que o impetigo estava sendo causado por ‘mau olhado’, por isso mais uma vez explicamos as bases teóricas da doença. Agora já sabendo do que se trata o problema, orientamos a família a procurar o médico regularmente e mais uma vez reiteramos a importância de seguir o tratamento corretamente.

Na nossa última visita, ao avaliarmos a progressão das lesões, nos espantamos com o desaparecimento delas em todos os que foram acometidos, dando lugar a discretas cicatrizes. Para a nossa satisfação, a mãe nos informou que já está tomando as providências para melhorar o desenvolvimento de seus filhos, já buscando a re matrícula na escola dos 2 filhos que não estavam matriculados. Ao fim, podemos constatar que nossas hipóteses de solução foram eficazes e conseguimos concluir e resolver o problema escolhido para o tratamento dessa família.

CONCLUSÃO

Ao finalizar o trabalho, concluímos que a ferramenta do Arco de Maguerez se mostrou muito eficiente na confecção do artigo, pois nos possibilitou não só a obtenção de conhecimentos teóricos sobre o tema mas também uma visão ampla sobre as características do paciente em relação ao processo da doença, ficando bem claro como os aspectos psicossociais influenciam diretamente a vida do paciente. Algo negativo foi que faltou tempo para vermos mudanças mais

concretas no bem-estar da família, além do setor em que vive oferecer riscos para a nossa segurança durante as visitas.

Além disso, notamos que a disciplina de Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF) com a realização de atividades na UBS oferece aos alunos a oportunidade de acompanhar a realidade do SUS, a dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis. As atividades realizadas foram positivas e contribuíram muito para nosso aprendizado, pudemos notar a humildade da população e suas dificuldades, o que nos fez ter um olhar mais humanizado para nossa futura vida profissional. Além disso, nos proporcionou compreender o ambiente de trabalho o qual estaremos inseridos e inclusive refletirmos em estratégias de melhorias.

REFERÊNCIAS

LEÇA, Ana; CARVALHO, Leonor – Infecções da Pele e Tecidos Moles Recomendações da Secção de Infeciologia Pediátrica – Rev. Bras. Pediatria, outubro de 2008.

ARMENTANO CASTRO, Marcos – Proposta de intervenção para tratamento e controle do impetigo no município de Pedra Azul – Rev. UFMG, aprovado em 20 de janeiro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Antimicrobianos na Prática Clínica Pediátrica: Guia Prático para Manejo no Ambulatório, na Emergência e na Enfermaria – Educação Médica Continuada -

Cursos de Atualização, 2013.

PRADO, Marta Lenise do; VELHO, Manuela Beatriz;

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. (2015).

MANEJO DE UM PACIENTE COM ALZHEIMER SEGUNDO O ARCO DE MAGUEREZ

*Lucas Mezza Dourado, Sara Borges de oliveira, Gabriela Mezza Dourado, Chrystianne Ferreira da Silva, Michel Reis Esselin Biancardini, Kalil do Carmo Cunha Porto, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho⁹, Fernanda Rodrigues Soares**

Resumo

A doença de Alzheimer constitui hoje a principal demência que acomete principalmente a população de idosos. A base etiológica ainda é desconhecida e não há uma cura para a doença. Porém, com a modernização dos métodos de pesquisa, a literatura acadêmica já trás bastante conhecimento sobre o assunto, como aspectos histopatológicos, características clínicas e bases diagnósticas, além de um bom histórico de dados epidemiológicos. Assim, esse artigo tem como objetivo dar seguimento ao ciclo de estágios no programa de saúde da família e estudar o caso de uma paciente acometida por essa doença seguindo a metodologia do arco de Magueréz.

Palavras-chave: Idoso, demência, doença de Alzheimer, programa de saúde da família, arco de Magueréz.

Abstract

Alzheimer's disease is nowadays the main dementia that mainly affects the elderly population. The etiological basis is still unknown and there is no cure for the disease. However, with the modernization of research methods, the academic literature already brings enough knowledge about the subject, such as histopathological aspects, clinical characteristics and diagnostic bases, besides a good history of epidemiological data. Thus, this article aims to follow up the internship cycle in the family health program and to study the case of a patient with this disease following the Magueréz arch methodology.

Keywords: Elderly, dementia, Alzheimer's disease, family health program, Magueréz Arch.

⁹ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

Definida como um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais, a doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade. (Sereniki, Barbato)

Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até um certo estágio da doença. Além das dificuldades de atenção e fluência verbal, outras funções cognitivas deterioram à medida que a patologia evolui, entre elas a capacidade de fazer cálculos, as habilidades visuoespaciais e a capacidade de usar objetos comuns e ferramentas. O grau de vigília e a lucidez do paciente não são afetados até a doença estar muito avançada. A fraqueza motora também não é observada, embora as contraturas musculares sejam uma característica quase universal nos estágios avançados da patologia. (Sereniki, Barbato)

Esses sintomas são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais, como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e depressão. Transtornos do humor afetam uma porcentagem considerável de indivíduos que desenvolvem doença de Alzheimer, em algum ponto da evolução da síndrome demencial. Sintomas depressivos são observados em até 40-50% dos pacientes, enquanto transtornos depressivos acometem em torno de 10- 20% dos

casos. Outros sintomas, como a apatia, a lentificação (da marcha ou do discurso), a dificuldade de concentração, a perda de peso, a insônia e a agitação podem ocorrer como parte da síndrome demencial. (Sereniki, Barbato)

Sendo assim, durante o período de estágio no programa de saúde da família, nos chamou a atenção uma paciente idosa com Alzheimer durante uma visita domiciliar acompanhada de um agente comunitário da saúde. Sua realidade é bastante sofrida, e percebemos como a família tem dificuldades de prosseguir no cuidado com o paciente. Dessa maneira, o objetivo desse artigo é de não só obter conhecimento mediante revisões literárias sobre o assunto, mas também de propor ações que visam melhorar a vida do paciente e de todos os que estão em contato direto com ele. Assim, iniciamos a confecção deste trabalho mediante a seguinte metodologia:

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado pelos acadêmicos do 6º período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser – UNIFAN (Aparecida de Goiânia/GO), com apoio dos Agentes de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Tiradentes, acompanhando a idosa selecionada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Aplicamos o método do Arco de Maguerez, composto por 5 etapas: Observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. (PRADO, VELHO, ESPÍNDOLA)

Teorizamos nosso estudo a partir de bancos de

dados bibliográficos e livros, selecionando informações desde o embasamento histórico até as das últimas atualizações sobre essa doença neurológica, utilizando os descritores “demência”, “doença de Alzheimer”, “idosos” e “tratamento” nos bancos de dados científicos como Lilacs, Medline e Google acadêmico. Após isso, com base nos dados colhidos, propomos medidas de suporte ao problema que será discutido adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 - Observação da realidade

A paciente é M.J.R.S, 86 anos, natural do Maranhão, porém vive em Aparecida de Goiânia há 40 anos. É viúva há 10 anos, e teve 5 filhos, porém 2 já faleceram: um por complicações de úlcera gástrica e outro sem causa definida. Sua neta e 2 filhos fazem o papel de cuidadores. Ela possui uma filha com depressão e câncer de ovário, além de outro neto com depressão. A residência é própria, com estado de conservação e limpeza mediano. Ali moram com ela 2 filhos e 1 neto, sendo 1 deles aposentado e o outro ainda trabalhando; essa é sua cuidadora.

Em 2014 foi diagnosticada com Alzheimer ao procurar uma unidade de saúde por passar a se esquecer de datas recentes e de passar a se perder em locais habituais. Está em acompanhamento no neurologista, e suas consultas ocorrem de 3 em 3 meses. Faz o uso de Riastigmina desde então, porém no primeiro ano de tratamento teve crises de alucinações visuais, sendo prescrito quetiapina, do qual utilizou por 3 anos. Houve também quadros de distúrbios do sono e de comportamento (agressivo), sendo prescrito um tratamento de 1

mês com amantadina. Ambos os fármacos já foram suspensos.

A paciente se alimenta sozinha, porém necessita que alguém monte seu prato. Atividades simples como ir ao banheiro e se vestir só são feitas com a ajuda dos cuidadores. Raramente reconhece sua fisionomia no espelho.

Há 20 anos vem tratando uma diabetes tipo 2 com metformina 850mg e glicisida 60mg. Faz acompanhamento com endocrinologista, e sua glicemia se mantém entre 120 e 240 mg/dL. Possui um histórico de insuficiência renal, ainda não acompanhada por um especialista. Já fez uma cirurgia de reconstrução do períneo.

Nega etilismo, fumou somente quando era jovem, possui uma acuidade visual satisfatória, porém apresenta déficit auditivo. Seus cuidadores relatam que sua vida é muito parada, sendo que seu lazer se baseia em ir ao mercado e falar com sua vizinha raramente.

Após um breve exame físico limitado por falta de materiais e pelo ambiente não adequado, pode-se destacar alguns fatores. No exame físico geral, o paciente se encontrava em bom estado geral, levemente desidratada, lúcida e orientada em espaço e tempo, afebril, anictérica, levemente pálido e com a pele xerótica. Frequência cardíaca de 58 bpm, RCR 2T BNF sem sopros. Sua pressão, após 3 aferições, se encontrava na média de 130x95 mmHg. Seu sistema respiratório possuía MV fisiológicos, sem ruídos adventícios, com sua frequência respiratória em 12 irpm. Em exame físico do aparelho digestivo, os ruídos hidroaéreos estavam diminuídos, sendo que o paciente relatou dificuldades de evacuação periodicamente. Seu

abdome é plano e não possui cicatrizes aparentes. Seu exame físico motor se encontrava com lentidão global de movimentos.

Em aspectos psiquiátricos, há o relato de retardo de ações motoras e se notava uma fala lenta, monossilábica, baixa e de consistência pobre; não há coerência, mas se compreende um objetivo. Há fuga de ideias com temas livres, afeto embotado e hipotímico, presença de despersonalização e desrealização. Sua memória remota está preservada, porém há uma severa perda da memória imediata e recente, comprovados no mini exame do estado mental que realizamos com ela, que atingiu a pontuação de 14 apenas.

Etapa 2 - Pontos-chave

Após as primeiras visitas, conseguimos elaborar alguns pontos principais que mais chamaram a atenção em meio da situação em que a paciente e sua família convivem:

- Baixa instrução;
- A demência (doença de Alzheimer);
- Aspectos negativos da maneira como é cuidada;
- Fator socioeconômico;
- Idade avançada
- Dificuldades em se locomover aos centros de saúde;
- A criminalidade de seu bairro.

Assim, afim de teorizarmos sobre o assunto, decidimos aprofundar na temática da doença de Alzheimer, afim obtermos um conhecimento melhor sobre o problema e como relaciona-la com a realidade da paciente e de sua família.

Etapa 3 – Teorização

A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. No Brasil, estudos demonstram que prevalência de demência na população com mais dos 65 anos foi de 7,1%, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos. Em geral, se instala de modo insidioso e se desenvolve lenta e continuamente por vários anos. As alterações neuropatológicas e bioquímicas da DA podem ser divididas em duas áreas gerais: mudanças estruturais e alterações nos neurotransmissores ou sistemas neurotransmissores. As mudanças estruturais incluem os enovelados neuro fibrilares, as placas neuríticas e as alterações do metabolismo amiloide, bem como as perdas sinápticas e a morte neuronal. As alterações nos sistemas neurotransmissores estão ligadas às mudanças estruturais (patológicas) que ocorrem de forma desordenada na doença. Alguns neurotransmissores são significativamente afetados ou relativamente afetados indicando um padrão de degeneração de sistemas. Porém sistemas neurotransmissores podem estar afetados em algumas áreas cerebrais, mas não em outras, como no caso da perda do sistema colinérgico corticobasal e da ausência de efeito sobre o sistema colinérgico do tronco cerebral. Efeitos similares são observados no sistema noradrenérgico. Os fatores de risco bem estabelecidos para DA são idade e história familiar da doença (o risco aumenta

com o número crescente de familiares de primeiro grau afetados). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A etiologia de DA permanece indefinida, embora progresso considerável tenha sido alcançado na compreensão de seus mecanismos bioquímicos e genéticos. É sabido que o fragmento de 42 aminoácidos da proteína precursora B-amiloide tem alta relevância na patogênese das placas senis e que a maioria das formas familiares da doença é associada à superprodução desta proteína. Algumas proteínas que compõem os enovelados neurofibrilares, mais especialmente a proteína tau hiperfosforilada e a ubiquitina, foram identificadas, mas a relação entre a formação das placas, a formação do enovelado neurofibrilar e a lesão celular permanece incerta. Sabe-se que o alelo 'e' do gene da apolipoproteína E (ApoE) é cerca de 3 vezes mais frequente nas pessoas com DA do que nos sujeitos-controle pareados por idade e que pessoas homozigotas para o gene apresentam maior risco para a doença do que as não homozigotas. Entretanto, a especificidade e a sensibilidade do teste da E ApoE são muito baixas para permitir seu uso como teste de rastreamento na população geral. O ritmo da investigação nesta área é rápido, e é provável que as direções destas pesquisas levem a tratamentos mais efetivos no futuro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou

no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas e, assim, no contexto de alguns países onde esta questão é extremamente relevante, retardam a transferência de idosos para clínicas. Inibidores da acetilcolinesterase são a principal linha de tratamento da DA. Tratamento de curto prazo com estes agentes tem mostrado melhora da cognição e de outros sintomas nos pacientes com DA leve a moderada. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O diagnóstico da DA é de exclusão. O rastreamento inicial deve incluir avaliação de depressão e exames de laboratório com ênfase especial na função da tireoide e níveis séricos de vitamina B12. O diagnóstico de DA no paciente que apresenta problemas de memória é baseado na identificação das modificações cognitivas específicas, como descrito nos critérios abaixo. Exames físico e neurológico cuidadosos acompanhados de avaliação do estado mental para identificar os déficits de memória, de linguagem e viso espaciais devem ser realizados. Outros sintomas cognitivos e não cognitivos são fundamentais na avaliação do paciente com suspeita de demência. (ABN, SBGG).

DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de síndrome demencial; • <i>Deficits</i> em 2 ou mais áreas da cognição; • Piora progressiva da memória e de outra função cognitiva; • Início entre os 40 e 90 anos de idade; e • Ausência de doenças sistêmicas que podem causar a Síndrome.
ACHADOS QUE SUSTENTAM DA PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none"> • Afasia, apraxia e agnosia progressivas (incluindo disfunção visoespacial); • Atividades de vida diária (AVDs) comprometidas e alteração comportamental; • História familiar; e • Achados inespecíficos (ou exames normais) de líquido, eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada (TC) de crânio.
ACHADOS CONSISTENTES COM DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none"> • Platô no curso da progressão da doença. • Sintomas psiquiátricos e vegetativos associados (depressão, insônia, delírio, alucinações, problemas de controle comportamental, transtorno de sono e perda de peso). • Outras anormalidades neurológicas na doença avançada (aumento do tônus muscular, mioclonia ou distúrbios da marcha). • Convulsões na doença avançada. • TC normal para a idade.
AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS REDUZEM MUITO A CHANCE DE DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none"> • Início súbito, apoplético; • Achado neurológico focal precoce no curso da doença; ou • Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença.
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DA POSSÍVEL
<p>Pode ser feito com base na síndrome demencial quando as seguintes condições são preenchidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de outros transtornos neurológicos, psiquiátricos ou sistêmicos suficientes para causar demência; ou • Presença de achados atípicos no início, na apresentação ou no curso clínico. • Pode ser feito na presença de um segundo transtorno que possa levar à demência, mas que não seja a única causa provável de demência.

[Criteria for Alzheimer Disease – NINCDS-ADRDA] - (ABN, SBGG, 2005)

Critérios de inclusão (Todos os critérios abaixo devem estar presentes): (ABN, SBGG, 2005)

- Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) Criteria for Alzheimer Disease – NINCDS-ADRDA20;
- MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade;
- Escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada);
- e
- TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva: hemograma (anemia, sangramento por plaquetopenia), avaliação bioquímica (dosagem alterada de sódio, potássio, glicose, ureia ou creatinina), avaliação de disfunção tireoidiana (dosagem de TSH), sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12.

Critérios de exclusão (Pelo menos 1 abaixo já exclui): (ABN, SBGG, 2005)

- Identificação de incapacidade de adesão ao tratamento;
- Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada (conforme exames do item Critérios de Inclusão);
- Insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves; ou
- Hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.

Além dos citados, o uso de galantamina está contraindicado em casos de insuficiência hepática ou renal graves. (ABN, SBGG, 2005)

Tratamento: O tratamento da DA deve ser multidisciplinar, envolvendo os diversos sinais e sintomas da doença e suas peculiaridades de condutas. O objetivo do tratamento medicamentoso é propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades da vida diária (ou modificar as manifestações da doença), com um mínimo de efeitos adversos. Desde a introdução do primeiro inibidor da acetilcolinesterase, os fármacos colinérgicos donepezila, galantamina e rivastigmina são considerados os de primeira linha, estando todos eles recomendados para o tratamento da DA leve a moderada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os inibidores da colinesterase, que retardam a degradação da acetilcolina naturalmente secretada, ofereceram um avanço mais significativo. Para serem úteis, tais fármacos devem cruzar a barreira hematoencefálica; para minimizar os efeitos adversos, devem inibir a degradação da acetilcolina a um menor grau no resto do corpo do que no cérebro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A substituição de um fármaco por outro só é justificada pela intolerância ao medicamento, e não pela falta de resposta clínica. Uma das limitações do uso destes medicamentos é sua tolerância, particularmente relacionada ao trato digestório, em que náusea e vômitos são muitas vezes limitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Fármacos: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

- Donepezila: comprimidos de 5 e 10 mg;
- Galantamina: cápsulas de liberação prolongada de 8, 16 e 24 mg;
- Rivastigmina: cápsulas de 1,5; 3; 4,5 e 6 mg;

solução oral de 2 mg/mL.

Três a quatro meses após o início do tratamento, o paciente deve ser submetido a uma reavaliação. Após este período, ela deve ocorrer a cada 6 meses, para estimar o benefício e a necessidade de continuidade do tratamento pela avaliação clínica e realização do MEEM e da Escala CDR. A seguir, serão descritas as características desses fármacos: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

a) Donepezila: Iniciar com 5 mg/dia por via oral. A dose pode ser aumentada para 10 mg/dia após 4-6 semanas, devendo ser administrada ao deitar. Os comprimidos podem ser ingeridos com ou sem alimentos. Os efeitos adversos mais comuns são insônia, náusea, vômito, diarreia, anorexia, dispepsia, câibras musculares e fadiga. Menos comumente podem ocorrer cefaleia, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, síncope, bradicardia, artrite e equimoses. Como a donepezila é metabolizada por enzimas hepáticas, a taxa do metabolismo pode ser aumentada por medicamentos que elevam a quantidade destas enzimas, como carbamazepina, dexametasona, fenobarbital, fenitoína e rifampicina. Ao aumentar sua eliminação, estes fármacos podem reduzir os efeitos da donepezila. O cetoconazol mostrou bloquear as enzimas hepáticas que metabolizam donepezila. Desta forma, o uso concomitante de cetoconazol e donepezila pode resultar no aumento das concentrações de donepezila e, possivelmente, levar à maior ocorrência de efeitos adversos. Quinidina também demonstrou inibir as enzimas que metabolizam donepezila e podem piorar o perfil de efeitos adversos. A donepezila deve ser

usada com cautela em indivíduos com anormalidades supraventriculares da condução cardíaca ou naqueles em uso de fármacos que reduzam significativamente a frequência cardíaca, com história de convulsão de asma ou DPOC e com risco de úlcera.

b) Galantamina: iniciar com 8 mg/dia, por via oral, durante 4 semanas. A dose de manutenção é de 16 mg/dia por, no mínimo, 12 meses. A dose máxima é de 24 mg/dia. Como se trata de cápsulas de liberação prolongada deve ser administradas uma vez ao dia, pela manhã, de preferência com alimentos. Em insuficiência hepática ou renal moderada, a dose deve ser ajustada considerando a dose máxima de 16 mg/dia. Os efeitos adversos mais comuns incluem náusea, vômito, diarreia, anorexia, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, flatulência, tontura, cefaleia, depressão, fadiga, insônia e sonolência. Menos comuns são infecção do trato urinário, hematúria, incontinência, anemia, tremor, rinite e aumento da fosfatase alcalina. Devem ser monitorizadas as funções renais (creatinina) e hepática (ALT/AST). Succinilcolina aumenta o bloqueio neuromuscular. Agentes colinérgicos podem apresentar efeitos sinérgicos. Inibidores centrais da acetilcolinesterase podem aumentar o risco de sintomas piramidais relacionados aos antipsicóticos. Galantamina deve ser usada com cautela em pacientes com atraso da condução cardíaca ou em uso de fármacos que atrasam a condução no nodo AS ou AV, com história de úlcera péptica, convulsão, doenças respiratórias graves e obstrução urinária.

c) Rivastigmina: Iniciar com 3 mg/dia por via oral. A dose pode ser aumentada para 6 mg/ dia

após 2 semanas. Aumentos subsequentes para 9 e para 12 mg/dia devem ser feitos de acordo com a tolerabilidade e após um intervalo de 2 semanas. A dose máxima é de 12 mg/dia. As doses devem ser divididas em duas administrações, junto às refeições. Não é necessário realizar ajuste em casos de insuficiência hepática ou renal, mas deve-se ter cautela na insuficiência hepática (administrar as menores doses possíveis). Os efeitos mais comuns são tontura, cefaleia, náusea, vômito, diarreia, anorexia, fadiga, insônia, confusão e dor abdominal. Menos comumente podem ocorrer depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, síncope, hipertensão, dispepsia, constipação, flatulência, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas. Os agentes anticolinérgicos podem reduzir seus efeitos. Outras interações significativas não foram observadas. A rivastigmina deve ser usada com precaução em pacientes com úlcera péptica, história de convulsão, alterações da condução cardíaca e asma.

Etapa 4 - Hipótese de solução

Como estudantes, não temos a autonomia de prescrever medicamentos ou outros exames, porém, com o nosso conhecimento, podemos dar dicas e propor medidas que podem facilitar o tratamento medicamentoso e atribuir não só à paciente, mas como à sua família uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, identificamos que o principal erro é a maneira com que é cuidada e sua vida pacata e sem lazer, além de não dispor de um suporte médico adequado para os demais problemas. A qualidade

de vida de sua filha, sua principal cuidadora, também chama a atenção, por apresentar sinais de fadiga mental e falta de valorização de seu trabalho. Dessa maneira, foi elaborado o seguinte plano:

- Encaminhar, com auxílio da unidade básica de saúde, a um serviço médico especializado de geriatria ou psiquiatria e ao serviço de nefrologia para auxiliar no manejo terapêutico e seguimento das doenças de modo que organize e melhore a qualidade de vida da paciente;
- Auxiliar na organização do armazenamento e administração dos fármacos que ela utiliza, a fim de evitar a omissão do tratamento ou as consequências de uma polifarmácia. Para isso, avaliou-se a necessidade de confeccionar um diagrama autoexplicativo para ser fixado em um local de boa visibilidade;
- Realizar, durante as visitas, ações a fim de melhorar sua qualidade de vida, como explicação didática de todos os problemas que a paciente enfrenta, dos principais cuidados que devem ser tomados, sobretudo em relação a alimentação e atividade física, cuidados com higiene e limpeza e apoio psicológico para resultar em uma auto conscientização dos problemas enfrentados e passar pelo tratamento de uma maneira otimista;
- Não menos importante, proporcionar um apoio psicossocial à sua filha que vive a maior parte de sua vida para cuidar de sua mãe.

Etapa 5 - Aplicação à realidade

Assim, tendo em base o que foi estudado no campo da teorização e levando em consideração as hipóteses de solução que foram levantadas, foi

decidido colocar em prática e analisar os resultados:

As consultas foram marcadas e a paciente já pode aguardar suas consultas tanto para o tratamento de Alzheimer no serviço de geriatria quanto para o seguimento de sua insuficiência renal com o nefrologista.

Após apresentarmos uma tabela sobre o correto uso dos seus fármacos, o afixamos na geladeira, e ficou constatado nas últimas visitas que a paciente passou a realizar seus tratamentos medicamentosos com mais êxito.

O apoio psicológico e conselhos para seu bem-estar geral se mostraram muito eficientes; a paciente pôde exteriorizar tudo que a afligia, e notou-se uma melhora considerável em seu humor e qualidade de vida.

Os resultados mais marcantes ficaram por conta do que ocorreu com sua filha. Parecia que o apoio psicológico era o que ela mais necessitava no momento. A sua relação com sua mãe melhorou muito e notou-se, nas últimas visitas, um ambiente mais harmonioso, higiênico e saudável.

Dessa maneira, é notável a diferença em seus aspectos psicossociais dentro do transcurso da doença. Foi constatado que era esse o cuidado que a paciente e sua cuidadora estavam precisando. Nos últimos encontros percebeu-se uma grande mudança em seu humor. Está mais confiante e está colocando em prática tudo o que lhe foi aconselhado para auxiliar no seu tratamento.

CONCLUSÃO

Ao finalizar o trabalho, conclui-se que a ferramenta do Arco de Maguerez se mostrou muito eficiente

na confecção do artigo, pois possibilita não só a obtenção de conhecimentos teóricos sobre o tema mas também uma visão ampla sobre as características do paciente em relação ao processo da doença, ficando bem claro como os aspectos psicossociais influenciam diretamente a vida do paciente. Algo negativo foi que faltou tempo para se constatar mudanças mais concretas no bem-estar da paciente, além do setor em que vive oferecer riscos para a nossa segurança durante as visitas.

Além disso, é notável que a disciplina de Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF) com a realização de atividades na UBS oferece aos alunos a oportunidade de acompanhar a realidade do SUS, a dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis. As atividades realizadas foram positivas e contribuíram muito para o aprendizado, onde foi possível notar a humildade da população e suas dificuldades, o que nos fez ter um olhar mais humanizado para nossa futura vida profissional.

REFERÊNCIAS

Academia Brasileira de Neurologia (ABN), Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia – Doença de Alzheimer: Diagnóstico – Diretrizes clínicas na saúde suplementar, 31 de janeiro de 2001.

Ministério da saúde – DOENÇA DE ALZHEIMER: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013.

PRADO, Marta Lenise do; VELHO, Manuela Beatriz; ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. Arco de Charles

Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. (2015)

Sereniki, Adriana; Barbato Frazão Vital, Maria

Aparecida - A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos - Revista Psiquiátrica RS. 2008;30(1 Supl), disponível em Lilacs

MANEJO DE UM PACIENTE IDOSO COM POLIFARMÁCIA SEGUNDO O ARCO DE MAGUEREZ

*Sara Borges de oliveira, Chrystianne Ferreira da Silva, Lucas Mezza Dourado, Gabriela Mezza Dourado, Michel Reis Esselin Biancardini, Kalil do Carmo Cunha Porto, Tallita Rodrigues Suriani, Dirceu Alves Carvalho¹⁰, Nubia Aguiar Marinho**

Resumo

A polifarmácia é um problema importante no atendimento do idoso, devendo ser sempre pesquisada e evitada quando possível. O paciente idoso é mais propenso ao uso de muitos medicamentos devido ao fato de ter mais comorbidades, das alterações fisiológicas de farmacocinética e farmacodinâmica e da própria idade. Assim, por meio do Arco de Magueréz – uma ferramenta que pertence à metodologia da problematização – realizamos o estudo em um paciente da estratégia de saúde da família residentes de um bairro de Aparecida de Goiânia – GO durante nosso período de curso da disciplina PINESF - 2019.

Palavras-chave: Polifarmácia, Doença renal crônica, saúde primária, programa de saúde da família, arco de Magueréz.

Abstract

Polypharmacy is an important problem in the care of the elderly and should always be researched and avoided when possible. The elderly patient is more prone to the use of many medications due to the fact of having more comorbidities, the physiological changes of pharmacokinetics and pharmacodynamics and of the own age. Thus, through the Arch of Magueréz - a tool that belongs to the methodology of the problematization - we carried out the study in a patient of the strategy of health of the family residents of a neighborhood of Aparecida de Goiânia - GO during our period of course of the discipline PINESF - 2019.

Key words: Polypharmacy, Chronic renal disease, primary health, family health program, Magueréz arch.

¹⁰ Acadêmicos da Universidade Alfredo Nasser. Faculdade de Medicina. Aparecida de Goiânia – Goiás. *Orientadora do curso de Medicina da Universidade Alfredo Nasser.

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos constitui-se hoje uma epidemia entre idosos, cuja ocorrência tem como cenário o aumento exponencial da prevalência de doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade, o poder da indústria farmacêutica e do marketing dos medicamentos e a medicalização presente na formação de parte expressiva dos profissionais da saúde. As consequências do amplo uso de medicamentos têm impacto no âmbito clínico e econômico repercutindo na segurança do paciente. E, a despeito dos efeitos dramáticos que as mudanças orgânicas decorrentes do envelhecimento ocasionam na resposta aos medicamentos, a intervenção farmacológica é, ainda, a mais utilizada para o cuidado à pessoa idosa. Quando o paciente está em uso desregular de vários fármacos, pode-se considerar a presença da polifarmácia. (SECOLI, 2010)

No Brasil estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente as pessoas acima de 60 anos. Um estudo realizado com idosos da cidade de São Paulo apontou que 84,3% deles usam medicamentos. Em outras cidades brasileiras de diferentes estados, observou-se que 69,1% a 85% dos idosos usava um medicamento prescrito, demonstrando a alta prevalência de consumo nesta faixa etária. (SECOLI, 2010)

Os prejuízos e desfechos negativos do uso de medicamentos por idosos são bem reconhecidos e estudados. A frequência de efeitos adversos relacionados aos medicamentos é maior nesta faixa etária, aumentando expressivamente de acordo

com a complexidade da terapia. O risco de ocorrência aumenta em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos. (SECOLI, 2010)

Tendo em vista que entre os idosos, os eventos adversos associados aos medicamentos têm a polifarmácia como principal protagonista e que as reações adversas a medicamentos, bem como as interações medicamentosas representam as consequências mais diretamente relacionadas, buscou-se refletir o impacto desses elementos na saúde de uma idosa que pertence à nossa família adotada durante o período para a elaboração do estudo, decorrente do estágio acadêmico em medicina da família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado pelos acadêmicos de 8º período do curso de medicina da Faculdade Alfredo Nasser – UNIFAN (Aparecida de Goiânia/GO), com apoio dos Agentes de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Florença, acompanhando a criança selecionada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Aplicamos o método do Arco de Magueréz, composto por 5 etapas: Observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. (PRADO, VELHO, ESPÍNDOLA, 2014).

Teorizamos nosso estudo a partir de bancos de dados bibliográficos e livros, selecionando informações desde o embasamento histórico até as

das últimas atualizações sobre a polifarmácia, utilizando os descritores “polifarmácia”, “diabetes”, “idosos” e “tratamento” nos bancos de dados científicos como Lilacs, Medline e Google acadêmico. Após isso, com base nos dados colhidos, propomos medidas de suporte ao problema que será discutido adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 - Observação da realidade

A paciente selecionada da família da qual adotamos para a realização deste artigo é a senhora M.A.S, 65 anos, casada, aposentada, residente no bairro Jardim Florença em Aparecida de Goiânia juntamente com seu marido e seu neto em uma casa de 3 cômodos, um banheiro, sala, cozinha e um pequeno quintal. A casa em si possui uma estrutura considerada regular com todos os eletrodomésticos básicos e com a higiene em dia, que se localiza em um bairro tranquila e asfaltada. Durante a nossa primeira visita, a paciente nos relatou sofrer de algumas doenças, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

Seu problema foi constatado pela primeira vez há mais ou menos 8 anos, quando começou a apresentar problemas decorrentes às doenças.

A partir de então passou a tomar diariamente metformina no esquema de 1 dose de 500mg antes das refeições, juntamente com um esquema de anti-hipertensivos e outros fármacos sintomáticos. Porém pela falta de dar seguimento a consultas de rotina resultaram no acúmulo de receitas vencidas e fármacos misturados, dando indícios de haver se estabelecido a polifarmácia pois, além da quantidade desregulada de fármacos que está

tomando, se queixou de dor epigástrica e vários quadros de mal-estar, sendo constatado um mal controle da glicemia e um possível quadro de acidose sistêmica.

Recentemente sofreu uma queda, o que a levou a procurar por assistência médica, no qual foram prescritos dicloridrato de betaistina e um suplemento de vitaminas e ferro, somando-se mais fármacos à sua lista de rotina farmacológica.

Etapa 2 - Pontos-chave

Após as primeiras visitas, conseguimos elaborar alguns pontos principais que mais chamaram a atenção em meio da situação em que a paciente e sua família convivem:

- O estado geral da paciente;
- Comorbidades como o diabetes e a hipertensão;
- A quantidade de fármacos que utiliza;
- Poli farmácia;
- Dificuldades em adquirir os medicamentos e realizar o tratamento correto;
- Dificuldades em marcar consultas;
- A criminalidade de seu bairro.

Assim, a fim de teorizarmos sobre o assunto, decidimos aprofundar na teoria da polifarmácia, para obtermos um conhecimento melhor sobre a doença e como relacioná-la com a realidade da paciente.

Etapa 3 – Teorização

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos. Sua etiologia é multifatorial. Entretanto, as doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento, apresentam-se como os principais elementos. Nos

países desenvolvidos, estima-se que 20% a 40% dos idosos utilizem múltiplos agentes associados e no mínimo 90% das pessoas neste grupo recebem pelo menos um agente. No Brasil, cujo número de medicamentos disponíveis no mercado aumentou nos últimos anos, apresentando cerca de 17.000 nomes genéricos/comerciais o consumo de múltiplos medicamentos ocorre em distintas cidades. (LUCCHIETTI et. al 2010)

A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações medicamentosas adversas, de precipitar interações medicamentosas, de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos e as repercussões advindas desse uso. Neste são incorporados os custos de consulta a especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar. (LUCCHIETTI et. al 2010)

O risco de reações adversas aumenta de três a quatro vezes em pacientes submetidos a polifarmácia, podendo imitar síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas. É frequente o idoso apresentar de duas a seis receitas médicas e utilizar a automedicação com dois ou mais medicamentos, especialmente para aliviar sintomas como dor e constipação intestinal. Esta situação pode ocasionar eventos adversos, uma vez que o uso simultâneo de seis medicamentos ou mais pode elevar o risco de interações graves em até 100%. A incidência de erros de medicação, como consequência da polifarmácia, foi de 15% quando o idoso utilizou

um medicamento, elevando-se para 35% quando o número foi igual ou superior a quatro. Uma revisão sobre os óbitos mostrou que 18,2% das mortes foram diretamente associadas ao uso de mais de um medicamento. (LUCCHIETTI et. al 2010)

Reações adversas a medicamentos: É a resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional e que ocorre em doses normalmente utilizadas. Em idosos, representam um importante problema de saúde pública, cuja relação de risco é bem estabelecida. A idade por si só não representa um fator de risco, mas um indicador para comorbidades, pois neste grupo a farmacocinética alterada e a polifarmácia são as variáveis mais diretamente associadas as reações adversas. (LUCCHIETTI et. al 2010)

De modo geral, são associadas a desfechos negativos da terapia. Elas podem influenciar a relação médico-paciente, uma vez que a confiança no profissional pode ser abalada; retardar o tratamento, pois muitas por assemelhar-se a manifestações clínicas típicas de doenças, demoram a serem identificadas, limitar a autonomia do idoso e afetar a qualidade de vida. Em muitos casos o tratamento desse problema inclui a inclusão de novos medicamentos a terapêutica, elevando o risco da cascata iatrogênica. O ideal, quando possível, é realizar a suspensão ou redução da dose do medicamento. (LUCCHIETTI et. al 2010)

Interações medicamentosas: Uma interação ocorre quando um medicamento influencia a ação de outro. A gravidade, prevalência e possíveis consequências do problema estão relacionadas a variáveis como condições clínicas dos indivíduos,

número e características dos medicamentos. Esses fatores são agravados pelo mau uso não intencional que ocorre devido a problemas visuais, auditivos e de memória. Deste modo, idosos representam o grupo mais vulnerável, visto que a maioria das interações ocorre através de processos que envolvem a farmacocinética e/ou farmacodinâmica do medicamento. (LUCCHIETTI et. al 2010)

Estima-se que o risco de apresentar IM seja de 13% para idosos que usam dois medicamentos, de 58% para aqueles que recebem cinco. Nos casos em que o uso desses agentes é igual ou superior a sete, a incidência eleva-se para 82%. Muitos medicamentos comumente usados por idosos como, por exemplo, anti-inflamatórios não esteroidais, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, diuréticos, digoxina, antilipidêmicos, depressores do sistema nervoso central são potencialmente interativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), (DA COSTA, 2014)

Apesar do difícil estabelecimento de relação causal, é possível prever algumas interações medicamentosas. Deste modo, é fundamental que os profissionais conheçam esses medicamentos potencialmente interativos, no intuito de prevenir eventos adversos decorrentes da combinação terapêutica. (DA COSTA, 2014)

Etapa 4 - Hipóteses de solução

Como estudantes, não se dispõe de autonomia de prescrever medicamentos ou outros exames, porém, com o conhecimento, é possível transmitir dicas e propor medidas que podem facilitar o tratamento medicamentoso e atribuir não só à

paciente, mas como à sua família uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, identificamos que o principal erro é a polifarmácia. Assim, após estudos e analisar a situação do paciente, foi decidida a confecção de uma caixa para organizar os comprimidos, com recipientes para cada um juntamente com sua identificação e maneira de tomar bem visível e compreensível, reforçando com um quadro com novamente todos os nomes dos fármacos e como tomá-los. Além disso, é necessário reiterar a necessidade de cumprir corretamente o tratamento, aconselhando sobre a necessidade de seguir com a hemodiálise e as consultas médicas. A ideia de confeccionar um cartaz ou folheto informativo também foi levantada, com a finalidade de garantir uma informação sobre os fármacos e a maneira de tomá-los caso houvesse alguma dúvida ou se o paciente simplesmente esquecesse sobre como realizar o tratamento.

Além do mais foi necessário reforçar a necessidade de mudanças nos hábitos de vida. Orientações gerais, como uma dieta com pouco sal e mais produtos integrais e vegetais, além da regularidade das refeições associadas à aplicação de insulina, surgem efeito na evolução do curso de suas doenças. Não menos importante, é necessário reforçar a necessidade de realizar atividades físicas regulares, algo que controlará sua pressão e glicemia, evitando a progressão da doença de base. Para deixar toda sua situação farmacológica em correto funcionamento, será proposto uma consulta da unidade básica de saúde para que, durante o suporte médico, haja uma revisão e otimização dos fármacos que compõem sua receita.

Etapa 5 - Aplicação à realidade

Durante os últimos encontros, foram colocados em prática todas as hipóteses de solução levantadas. Foi levada a caixa divisória dos fármacos e cada comprimido foi alocado em seu compartimento destinado, sinalizando-os e colocando corretamente a maneira de administração. Também foi afixado em um local de boa visibilidade um grande cartaz com todas as informações da receita e como deveria ser sua rotina de tratamentos.

Também lhe foi apresentado uma tabela com alimentos adequados à sua realidade de saúde, bem como os corretos horários das refeições associados à aplicação regular da insulina. Nela também foram colocadas sugestões de horários para a prática regular de atividades físicas.

Ao finalizar as visitas, já foi deixada uma recomendação a uma consulta na unidade básica de saúde para dar continuidade ao tratamento e ter o suporte médico necessário durante o tratamento, e o ciclo de visitas se encerrou com a consulta já encaminhada e com o paciente devidamente aconselhado. Durante a última visita foi constatado a satisfação da paciente e de sua família pelo auxílio em organizar sua rotina medicamentosa e também houve uma boa adesão às propostas que foram levantadas.

CONCLUSÃO

Ao finalizar o trabalho, conclui-se que a ferramenta do Arco de Maguerez se mostrou muito eficiente na confecção do artigo, pois possibilita não só a obtenção de conhecimentos teóricos sobre o tema mas também uma visão ampla sobre as

características do paciente em relação ao processo da doença, ficando bem claro como os aspectos psicossociais influenciam diretamente a vida do paciente. Algo negativo foi que faltou tempo para se constatar mudanças mais concretas no bem-estar da paciente, além do setor em que vive oferecer riscos para a nossa segurança durante as visitas.

Além disso, é notável que a disciplina de Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF) com a realização de atividades na UBS oferece aos alunos a oportunidade de acompanhar a realidade do SUS, a dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis. As atividades realizadas foram positivas e contribuíram muito para o aprendizado, onde foi possível notar a humildade da população e suas dificuldades, o que nos fez ter um olhar mais humanizado para nossa futura vida profissional.

REFERÊNCIAS

DA COSTA, Guilherme Moura – Polifarmácia e educação para o uso correto de medicamentos – Revista da UFMG, 2015

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra; PIRES, Sueli Luciano; GORZONI, Milton Luís – Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica e interações medicamentosas – drc no sistema único de saúde, Brasília – 2014.

PRADO, Marta Lenise do; VELHO, Manuela Beatriz;

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde, 2015.

SECOLI, Silvia Regina – Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 63 no.1 – 2010

DIRETRIZES PARA AUTORES

Normas para submissão de manuscritos

1. Informações gerais para submissão:

A revista científica APPLIED HEALTH SCIENCES tem carácter multidisciplinar e publica artigos científicos, notas científicas, notas técnicas, revisões sistemáticas e artigo de opinião inéditos nas seguintes áreas de Ciências aplicadas a saúde: Biomedicina; Ciências Biológicas; Ciências do Esporte e Reabilitação (Educação Física; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional); Enfermagem; Farmácia; Medicina; Nutrição; Odontologia e Psicologia. Os trabalhos submetidos devem apresentar relevância para a saúde e ou qualidade de vida. Os manuscritos originais podem ser submetidos em português ou inglês.

1.1. Tipos de Trabalhos aceitos:

- Artigo Científico: refere-se a trabalho científico completo e com resultados originais de pesquisa realizada em uma instituição de pesquisa/laboratório/empresa. Deve apresentar de 10 a 15 laudas.

- Nota Científica: comunicação breve, cuja publicação imediata é justificada, por se tratar de fato inédito de importância, mas com volume insuficiente para constituir um artigo científico completo. Deve apresentar 07 a 15 laudas.

- Nota Técnica: refere-se a trabalho de comunicação de métodos, validação de métodos, técnicas, aparelhagens ou acessórios desenvolvidos em laboratórios, instituições de pesquisa ou empresas. Deve apresentar 07 a 15 laudas.

- Revisão Sistemática: deve apresentar informações relevantes sobre o estudo proposto,

referências originais e atualizadas. Apresentar análise crítica do assunto e relevante discussão. A mera descrição de informações deve ser evitada. Pelo menos um dos autores deve ser especialista no trabalho proposto. Após o recebimento e a constatação de que o manuscrito está conforme as normas a sua tramitação será iniciada. Deve apresentar 12 a 20 laudas.

- Artigo de opinião/Carta: exclusivo para autores convidados pelos Editores da Revista Científica APPLIED HEALTH SCIENCES, com tamanho entre 5 a 10 laudas. Neste formato não são exigidos resumo/palavras-chaves e abstract/keywords.

1.2. Submissão dos manuscritos:

A submissão dos manuscritos, de qualquer tipo, deve ser feita pelo sistema eletrônico disponível no site da SBCSaúde: (<http://sbcsaude.org.br>, sendo todo o material pertinente ao manuscrito enviado, preferencialmente em único email para (publicacoes@sbcsaude.org.br) e deverá seguir as normas de publicação definidas pela revista nas “Normas para submissão de manuscritos”, disponível no site da revista.

É de responsabilidade da comissão científica da *APPLIED HEALTH SCIENCES* convidar pesquisadores de áreas específicas para revisar os manuscritos submetidos. O Editor Chefe, a Comissão Editorial e o Conselho Científico, em casos especiais, têm autonomia para decidir sobre a publicação do artigo.

Os artigos aprovados, em qualquer categoria serão publicados em versão eletrônica da revista e estarão disponíveis na íntegra em formato PDF no endereço eletrônico (<http://sbcsaude.org.br>, podendo ser acessados livremente.

Contato com o editor chefe e a comissão editorial poderá ser feito para suporte através do e-mail: (publicacoes@sbcsaude.org.br) ou por correspondência.

1.3. Endereço para correspondência

APPLIED HEALTH SCIENCES/Revista Multidisciplinar de Ciências

Aplicadas em Saúde A/C Profa. Dra. Mônica de Oliveira Santos
Sociedade Brasileira de Ciências aplicada à Saúde/SBCSaúde.

Rua CP 13 QD. 13 LT 06. Celina Park, Goiânia, Goiás. CEP. 74373-160

1.4. Condições gerais para a publicação

Os autores devem ler e verificar todas as normas para a submissão do trabalho. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O manuscrito submetido, de qualquer categoria, deve conter resultados que não tenham sido publicados de forma completa em qualquer outro meio gráfico ou eletrônico.

2. O mesmo manuscrito ou outro que contenha os mesmos dados originais não poderá ser submetido simultaneamente e nem posteriormente a este ou a outro(s) periódico(s) de qualquer natureza sob pena de incorrer em ilícito civil e penal perante a lei nº 9.610/98 (lei do direito autoral).

1.4.1. Documentação obrigatória

Junto com a submissão eletrônica do manuscrito deve ser anexado:

1. Termo de “Autoria e aceite de publicação” do manuscrito assinada por todos os autores.
2. Termo de “Responsabilidade” e compromisso de veracidade das informações escritas no corpo do manuscrito, bem como informações contidas nas figuras e tabelas do mesmo.
3. Em caso de pesquisa que envolva seres humanos de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Obs.

1. Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Basta colocar no texto da Metodologia, caso não haja o conflito: “Declara-se que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho”.

2 – Taxas

-Taxa de Submissão e Publicação:

Submissão e tramitação do trabalho	livre	free
Publicação de trabalho	livre	free

3. Tramitação do manuscrito original

1. O manuscrito é primeiramente analisado pelo editor para verificar se atende às normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

2. Estando nas normas, o manuscrito é encaminhado ao Editor de Seção que se encarregará de enviá-lo a dois avaliadores especialistas da área. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

3. Assim que os avaliadores devolvem os seus pareceres, o Editor de Seção compila os comentários e, baseado nessas informações, toma uma das seguintes providências:

a) aceito para publicação; b) aceito para publicação com ‘sugestões não impeditivas’; c) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; d) recusado para publicação.

Obs. Caso os pareceres dos avaliadores sejam oponentes, o Editor de Seção encaminhará o trabalho para um terceiro avaliador.

Quando a avaliação do parecerista indicar ‘sugestões não impeditivas’, o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até 20 dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 20 dias, prorrogável por mais 20 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para ‘reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as

modificações sugeridas’, o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Obs.

Recomenda-se que o autor imprima e acompanhe a lista de checagem/Checklist for Authors para orientar-se no momento de submeter o manuscrito.

O manuscrito original, de qualquer categoria, só poderá ser submetido pelo sistema eletrônico disponível no site da SBCSaúde: (<http://sbcsaude.org.br>), seguindo o passo a passo de documentos anexados. Recomenda-se que todos os documentos estejam devidamente identificados. Exemplos: Manuscrito Completo.docx; Carta de Autorização de Publicação.docx; Carta de Responsabilidade.docx; Carta de aceite do CEP.docx; etc.

O arquivo de submissão do manuscrito deverá ser criado com extensão “.doc” ou “.docx” ou “.rtf” (não serão aceitas outras extensões) compatível com o Microsoft Word® ou o OpenOffice® e não pode ultrapassar 2 Mb de tamanho.

Atenção: Não será permitida nenhuma alteração de autor(es) no artigo após a submissão e o início da tramitação. Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a seis autores por trabalho. Exceções se aplicam a patentes e similares com justificativa dos autores a ser analisada pelo Editor chefe.

4. Estrutura do trabalho

O corpo do texto, de tabelas e de figuras deverão seguir a formatação: fonte Times New Roman, tamanho 12; papel tamanho A4 (210 mm x 297 mm), com numeração contínua de linhas (esquerda) e de páginas (canto direito inferior), todas as margens com 2,0 cm e espaço 2 entre linhas.

O título (subtítulo quando houver) deve ser formatado centralizado, em letra maiúscula, negrito, e separado do subtítulo por dois pontos. O título pode ter no máximo 5 linhas. Nomes científicos devem constar em itálico e de acordo com as normas internacionais. Fonte Times New Roman, tamanho igual a 12 e espaçamento com 2 entre linhas.

Informações de rodapés e numeração de página deve ser formatado em Times New Roman 10 itálico e espaçamento simples.

A estrutura do manuscrito deve ter a seguinte composição: Introdução; Materiais e Métodos; Resultados e Discussão; Conclusão; Agradecimentos (opcional);

Pesquisas com financiamento: citar a agência financiadora e o número do processo em Agradecimentos (opcional) e ou Suporte Financeiro, no final do trabalho.

Para artigos científicos recomendamos a organização de 10 a 15 laudas; Para revisões sistemáticas ou meta análise, 12 a 20 laudas e 07 a 15 laudas para nota científica e técnica. A modalidade de Artigo de opinião: é exclusivo para autores convidados pelos Editores da Revista Científica APPLIED HEALTH SCIENCES, com tamanho entre 10 a 15 laudas.

Obs.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Página de rosto:

4.1.1. Indicação da categoria do manuscrito: (artigo científico, nota científica, nota técnica ou revisão bibliográfica). Formatação: na primeira linha da primeira página, acima do título original, centralizado e com as letras iniciais maiúsculas, fonte Times New Roman tamanho 12 e em negrito.

4.1.2. Título do manuscrito: O título deve seguir a língua escolhida para apresentação do trabalho.

4.1.2.1. Título do manuscrito na segunda língua. Seguir exatamente a tradução do título original.

4.1.3. Nome completo do(s) autor(es). Deve vir duas linhas abaixo do título do trabalho. Usar Times New Roman 10 em negrito. Alinhamento à direita. Marcar em sobrescrito ⁽¹⁾ as informações pertinentes a filiação.

4.1.4. Em nota de rodapé (primeira página) colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.

4.2. Corpo do trabalho:

4.2.1 Resumo em português e inglês, com no máximo 250 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

4.2.2. Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave com inicial maiúscula e separadas por ponto.

4.2.2.1. Keywords. Ao final do Abstract. Seguir as mesmas normas das palavras-chave.

5. Estrutura de Tabelas e Figuras

Não disponibilizamos a opção de “quadro”. Não serão aceitos, em hipótese alguma, figuras e/ou tabelas com apresentação paisagem. Tabelas com muita informação que juntas não cabem em apresentação retrato, devem ser divididas em duas ou mais. A largura máxima de tabelas e figuras deverá ser a do texto da página no formato retrato.

5.1. Tabelas

Devem ser formatadas utilizando-se a ferramenta “Tabela” do editor de texto. Não serão aceitas tabelas inseridas como figura. Serão numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, encabeçadas pelo título e inseridas após sua citação no texto. As tabelas devem ser editadas sem traços verticais e somente com traços horizontais simples, de espessura 1,0 ponto. Devem ter a largura de 9 ou 18 cm.

As tabelas devem ser autoexplicativas para que não seja necessário recorrer ao texto para entendê-las completamente. As unidades no sistema internacional deverão constar abaixo do item correspondente ou da variável, entre parênteses, no corpo da tabela e não em seu título. Qualquer observação no corpo da tabela necessária para identificação de uma sigla ou variável deve ser referenciada com chamada em sobrescrito (números ou símbolos) colocada antes da sigla ou da variável, e devidamente identificada e definida no rodapé da tabela.

No corpo da tabela e nas informações de rodapé a fonte deve ser a Times New Roman tamanho 10 e espaçamento 1,0. (Ver manuscrito exemplo).

5.2. Figuras

As figuras (gráficos, fotografias, esquemas, ilustrações, etc.) deverão ser colocadas após a sua citação pela primeira vez, no tamanho e formato final para publicação. A largura máxima da figura será a largura máxima do texto na página. As figuras e suas legendas devem ser claramente legíveis e apresentar qualidade necessária à perfeita visualização e impressão de todos os detalhes necessários. Os eixos e os números e letras desses eixos devem estar na cor preta (não em cinza e nem em outra cor ou tonalidade qualquer) e em tamanho facilmente legível na tela de um monitor de computador com o manuscrito sem aumento, ou seja, em tamanho normal (100%).

As figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e o título deve ser colocado abaixo da mesma. Todos os detalhes necessários para entendimento da Figura que não foram completamente identificados no seu interior devem ser explicados no título. A legenda deve ser localizada abaixo do título do eixo horizontal da figura e de modo a não se confundir com este e não no interior da figura.

O número de figuras, gráficos, esquemas, e outros deverá ser, no máximo, de seis por trabalho. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

6. Outras informações

1. Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.
2. Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’.
3. Recomenda-se que o manuscrito seja submetido a uma revisão de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à revista.
4. Produtos utilizados devem ser especificados por seus nomes técnicos. Os nomes comerciais, seguidos pelo símbolo ®, podem ser citados entre parênteses.
5. Os dados e conceitos emitidos nos trabalhos, assim como a exatidão das referências bibliográficas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).
6. Casos não previstos nessas normas serão resolvidos pela Comissão Editorial.

7. A publicação dos artigos se fará pela ordem de aprovação sendo os autores avisados em qual edição o trabalho estará disponível.
8. Situações não previstas serão deliberadas pelo corpo editorial da revista.

Editores da APPLIED HEALTH SCIENCES

SBCSaúde - Sociedade Brasileira de Ciências

Aplicadas à Saúde 2018.

Disponível em: <http://sbcsaude.org.br/site/editora-sbcsaude/applied-health-sciences/>