



AMLAT

ACTA DE MEDICINA LATINOAMERICANA

Bem-vindos à AMLAT!

A *Acta de Medicina Latinoamericana* é o periódico oficial de comunicação científica da Faculdade de Medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC).

Volume 1, número 1, Janeiro-Junho (2017)

Sumário

Editorial

PDF

Andréa **KAIRALA**

Artigo Inédito

Intervenção da educação biopsicossocial entre idosos portadores ou não de hipertensão arterial sistêmica em Santa Inês Maranhão

Resumo | Abstract | PDF

Antonio da Costa **CARDOSO NETO**

Relato de Caso

Osteoartrite em paciente jovem submetido a meniscectomia devido menisco discóide: um relato de caso

Resumo | Abstract | PDF

Isabela Cristina **DINIZ E PÁDUA**, Miguel Luiz da **SILVEIRA NETO**, Isabela Porto **SILVA COSTA**, Ana Carolina **DINIZ E PÁDUA**, Jonatas **PEREIRA MELO**, Jeniffer **EVANGELISTA DE OLIVEIRA**, Marcia **SILVA DE OLIVEIRA**

Relato de Experiência

Os impactos biopsicossociais na vida de um idoso acometido por Acidente Vascular Encefálico (AVE): um relato de experiência de estudantes de medicina

Resumo | Abstract | PDF

Jéssica Rodrigues **NOGUEIRA**, Aldo Roberto **FERRINI FILHO**, Rachel Lorentino **RIBEIRO**, Aluyzio de Mendonça Costa **FERRINI**, Victor Hugo Alves **CAMPOS**, Cristiano Ricardo Martins **TEIXEIRA**, Danilo Martins **BRITO**, Marcia **SILVA DE OLIVEIRA**

O adoecimento de cuidador familiar em caso de paciente em tratamento paliativo

Resumo | Abstract | PDF

Rachel Lorentino **RIBEIRO**, Aldo Roberto **FERRINI FILHO**, Jéssica Rodrigues **NOGUEIRA**, Aluyzio de Mendonça Costa **FERRINI**, Victor Hugo Alves **CAMPOS**, Cristiano Ricardo Martins **TEIXEIRA**, Danilo Martins **BRITO**, Marcia **SILVA DE OLIVEIRA**

Revisão de Literatura

Vulnerabilidade acrescida da população do Distrito Federal testada para o HIV nos anos de 2015 e 2016

Resumo | Abstract | PDF

Ana Karoline Martins **VASCONCELOS**, Marcia **SILVA DE OLIVEIRA**

AMLAT – Acta de Medicina Latinoamericana
Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central
AR Especial Indústria, Lote 02 - Setor Leste - Gama-DF - CEP: 72.460-000

Um convite ao debate científico para o fomento do estudo da ciência médica

O curso de medicina da Faciplac expande fronteiras ao propiciar um meio para um debate científico de alto nível que, conforme esperamos, seja capaz de contribuir para o desenvolvimento da ciência médica ao discutir temas propostos e desenvolvidos por professores e alunos de nossa faculdade.

A Faciplac com o seu curso de Medicina tem se destacado pela seriedade, competência e disposição para colaborar com a missão de fomentar o estudo da ciência médica como um todo, ao formar profissionais com alto nível de conhecimento científico e, dotados de uma profunda consciência social.

Assim, a proposta de nossa revista, da qual confessamos nos orgulhar, é continuar com a experiência de difundir e ampliar as possibilidades de uma discussão de alto nível, sempre baseada em evidências científicas, para que, com o tempo, ocupemos um lugar proeminente no cenário científico nacional.

A participação de todos é essencial para o desenvolvimento deste projeto. Para tanto, estimularemos a publicação de artigos de nossos educadores e educandos, proporcionando um espaço para artigos de qualidade produzidos em nossa Instituição, sem abrir mão de colaboradores externos que desejem também publicar seus trabalhos conosco.

Muito bem-vinda e vida longa à nossa revista!

Andréa KAIRALA
Editora gerente

Brasília, Distrito Federal, 03 de julho de 2017.

Intervenção da educação biopsicossocial entre idosos portadores ou não de hipertensão arterial sistêmica em Santa Inês/MA

Antonio da Costa **CARDOSO NETO**¹

Resumo

O presente artigo teve como objetivo avaliar a Intervenção da educação biopsicossocial entre idosos portadores ou não de hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo de Ensaio de Intervenção Quase Experimental com abordagem quantiquantitativa sobre intervenção em educação biopsicossocial para a terceira idade. A promoção da educação biopsicossocial voltada à pessoa idosa requer o aprimoramento de novas formas de ensino que possam respeitar as peculiaridades psicológicas e as capacidades nas variadas etapas da vida. As intervenções biopsicossociais desenvolvidas com esse público devem ligar-se aos hábitos e às tradições com grande experiência e sabedoria acerca dessa população, para que se traduzam em êxitos na saúde do indivíduo e da comunidade. Nos exames clínicos realizados com os indivíduos antes da intervenção, mais de 50% dos idosos de ambos os grupos (Estudo e Controle) apresentaram prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Depois do período de intervenção com promoção da educação biopsicossocial, somente os idosos do Grupo Estudo apresentaram hipertensão I e II reduzida para 5% e 0% respectivamente, nesse mesmo grupo 90% dos idosos se classificaram como normotensos depois do estudo. No Grupo Controle não houve modificações positivas. Conclui-se, portanto, que é de grande importância chamar a atenção das autoridades competentes no sentido de restabelecer políticas públicas que priorizem as atividades da educação biopsicossocial como uma das possíveis alternativas para possibilitar ao idoso um envelhecimento bem sucedido com qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos. Hipertensão arterial sistêmica. Educação biopsicossocial. Promoção da saúde.

¹ Especialista em Saúde do Idoso – Faculdade Laboro/MA, Mestre em Educação – UCDB/MS, Doutorando em Saúde Pública – UCES- Buenos Aires/Argentina, Professor e Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia/Escola Técnica de Comércio Santa Luzia.

Submetido: 30 de abril de 2017. **Aceito:** 30 de maio de 2017.

Como citar este artigo: Cardoso Neto AC. Intervenção da educação biopsicossocial entre idosos portadores ou não de hipertensão arterial sistêmica em Santa Inês/MA. AMLAT. 2017 Jan-Jun;1(1):4-15.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Antonio da Costa Cardoso Neto
Endereço: Rua Nova Brasília, 563, Palmeiras, Cidade: Santa Inês - MA.
CEP: 65304-068
Telefone: (98) 981090921
E-mail: cardosonetogato@hotmail.com

Categoria: Ensaio de Intervenção Quase Experimental
Área: Educação em Saúde

Introdução

A educação biopsicossocial voltada para a saúde do idoso deve ser trabalhada pelos profissionais da saúde e da educação por meio de orientações posturais, exercícios físicos globais específicos, realizados individualmente ou em grupo. As danças

culturais, as caminhadas, as orientações sobre alimentação saudável, o acompanhamento dos níveis glicêmicos e pressóricos, são medidas primárias a serem observadas na abordagem do envelhecimento saudável^{1,2}.

Dessa forma, convém ressaltar a importância da atuação de equipes multiprofissionais no desenvolvimento dos trabalhos da educação em saúde, para tornar fácil o processo ensino aprendizagem e melhorar a adesão³. Dessa forma, o presente artigo teve como objetivo avaliar a Intervenção da educação biopsicossocial entre idosos portadores ou não de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Santa Inês/Maranhão.

Intervenção em Educação Biopsicossocial para Terceira Idade

A população idosa atualmente vem apresentando um considerável crescimento em todo o mundo. No Brasil, o processo de envelhecimento populacional tem vivenciado um considerado crescimento desse grupo

etário nos últimos anos. O aumento percentual da população idosa brasileira segundo o Censo Demográfico de 2000 atingiu 8,6% e em 2010 chegou a 10,8% da população brasileira. Estima-se que para 2025 esse número atinja o equivalente a 15% da população^{4,5}. Dessa maneira, o processo de envelhecimento populacional é de certa forma responsável por diversas alterações biopsicossociais que favorecem o surgimento de alguns problemas de saúde como as doenças cardiovasculares⁶.

Neste contexto, chamamos atenção para prevenção das doenças crônicas degenerativas prevalentes nesse grupo etário como a hipertensão arterial sistêmica. Essa doença se configura como um importante problema de saúde pública no Brasil e no Mundo é uma patologia prevalente, que acomete cerca de 50% a 70% dos indivíduos idosos, apesar de ser um fator determinante de morbidade e mortalidade, quando controlada, diminui satisfatoriamente as limitações funcionais e as incapacidades desse grupo etário⁷.

Nesse sentido, acredita-se que o trabalho educativo possa contribuir para o controle da pressão arterial proporcionando melhorias na qualidade de vida do idoso. Quando esse trabalho é realizado com grupos de indivíduos, nas intervenções com educação biopsicossocial em saúde, leva ao encontro de grandes desafios, ao conectar conhecimentos dispersos das áreas humanas, biológicas, psicológicas, sociais e ambientais aos saberes popular⁸. Outro aspecto relevante no processo educativo biopsicossocial por meio do resgate da solidariedade é o processo de superação física e psicológica de um nível particular para o grupal e deste para outro mais abrangente, o social⁹. Já Magnabosco et al⁸, implementa que a atividade educativa biopsicossocial tem como instrumento, a convivência para o desenvolvimento de interações entre, os profissionais que compõem a equipe de trabalho, com os demais participantes entre si. Dessa forma, estabelece um vínculo em volta do qual poderá ser construída a tarefa de promover saúde.

Com esse posicionamento, acredita-se que a promoção da educação biopsicossocial voltada à pessoa idosa, requer o aprimoramento de novas formas de ensino

direcionado para esse grupo etário, de maneira que possa respeitar as peculiaridades psicológicas e as capacidades desenvolvidas nas variadas etapas da vida⁸.

Nesse contexto, para adequada atenção dessa população, é necessário articular um sistema de recursos e serviços comunitários, capazes de proporcionar aos idosos uma atenção adequada e integral, que os ajudem na resolução das diversas necessidades. Essa forma de atendimento deve contribuir para o desenvolvimento de suas potencialidades, evitando que sejam desnecessariamente asilados ou excluídos da comunidade e conseqüentemente da sociedade¹⁰.

Pesquisa de intervenção realizada por Machado et al.¹¹, em uma Unidade Básica de Saúde em Minas Gerais com 21 idosos de 60 a 83 anos, afirmam que capacitar os profissionais responsáveis pelas atividades desenvolvidas com as pessoas da terceira idade é uma estratégia assertiva para potencializar os efeitos terapêuticos da convivência grupal com idosos. Para os autores Combinato et al.¹², Van Leuven¹³, as práticas grupais tem sido uma estratégia na promoção da saúde do idoso, que contribui para o seu empoderamento. Essas práticas apresentam efeitos positivos, por que as pessoas desenvolvem uma ação interativa no compartilhamento de experiências⁸.

No Brasil, em particular na Atenção Primária a Saúde (APS), a utilização de grupos para a promoção da saúde do idoso tem sido uma estratégia adotada nos programas governamentais que orientam a atuação dos profissionais¹⁴. Essas práticas grupais, direcionadas para as pessoas da terceira idade, exibem a potencia dessa estratégia na promoção da saúde desse grupo etário na APS, em especial em países como o Brasil e em outros Latinos Americanos^{3,15}.

A educação sanitária historicamente tem desenvolvido a promoção de saúde e prevenção de doenças, necessitando atualmente de novos enfoques que satisfaçam as expectativas dos indivíduos¹⁶. Quando a educação biopsicossocial se dirige às pessoas da terceira idade, está ligada a seus hábitos e tradições com grande experiência e sabedoria, que devem ser aproveitados para que se

traduzam em êxitos na saúde do indivíduo e da comunidade⁹.

Considerar o aumento percentual de idosos na população associada às doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Política Nacional do Idoso¹⁷, sugere com ações primárias a realização de estudos epidemiológicos das patologias que geralmente são comuns na vida desse grupo etário. Propõe ainda, serviços de atenção à saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde assim como prevenção de doenças às pessoas da terceira idade¹⁸. Evidencia também, a importância do desenvolvimento e implementação de programas educativos aos idosos que lhes favoreça o autocuidado à saúde, prevenindo incapacidades e postergando a morte¹⁹.

Dessa forma, dentre os diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde prestados a esse grupo etário, destaca-se a atenção básica⁷, como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido a maior aproximação entre os profissionais e os utentes, com o foco voltado para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças².

Nesse sentido, os métodos avançados de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação biopsicossocial e habilidades de aconselhamento são elementos essenciais que aprimoram os sistemas de saúde e se tornam relevantes para auxiliar os idosos com problemas crônicos⁸. Entre as estratégias para evitar tanto o aparecimento quanto as complicações dessas doenças, se destacam, a detecção precoce, o aumento da prática de atividade física, a redução do tabagismo, e a restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis²⁰.

Nesse contexto, a promoção da saúde deve ser compreendida como um processo educativo biopsicossocial que vise capacitar pessoas e comunidade para desenvolverem seus potenciais em saúde²¹. Além disso, deve oferecer oportunidades de conhecimento e controle sobre fatores determinantes de saúde, bem como ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viverem melhor, e oportunidades para fazerem escolhas mais saudáveis¹⁶. Esses fatores

constituem-se em elementos capacitantes imprescindíveis no processo de empoderamento do idoso por meio da promoção da educação biopsicossocial¹².

Para Rootman²² e Buss²³, a promoção da saúde biopsicossocial é um tema que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de realçar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde. Esses autores reforçam ainda, a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista. Já, para a Organização Mundial da Saúde^{20,27}, a promoção da saúde do ponto de vista biopsicossocial gerontológico, se converge com a promoção do envelhecimento ativo. Essa forma de envelhecer é caracterizada pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades para realização das atividades de vida diária (AVDs) e do potencial de desenvolvimento do indivíduo²⁴. Esse potencial, é imprescindível para que a garantia de condições de vida e de políticas sociais, sejam uma prerrogativa²⁵.

A efetivação de promoção da saúde biopsicossocial nos programas para terceira idade presume uma abordagem crítica da prevenção de doenças e da oferta da educação em saúde²⁶. Essa forma de promover saúde pode ser vista como um processo social em curso complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980²⁸. É relevante destacar o importante papel que vem sendo atribuído às iniciativas de implementação de estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa nas políticas públicas de saúde²⁹. Haja vista, que as mudanças socioculturais não dependem tão somente da institucionalização de marcos legais¹². Para Assis et al.²⁸, é imprescindível manter uma postura crítica e reflexiva tanto na formação de educação permanente dos profissionais de saúde, quanto na reivindicação dos direitos estabelecidos legalmente nas políticas públicas atuais voltadas ao idoso.

Dessa forma, o planejamento de ações de educação biopsicossocial para pessoas idosas, deve favorecer a reflexão sobre os determinantes do envelhecimento¹. Essas ações podem estimular a participação na vida, por meio da construção de espaços em que as

peças sejam vinculadas afetivamente e valorizem sua história de vida e seus saberes²⁸. Combinato et al¹², ressalta a importância das atividades em grupo enquanto espaços educativos para a promoção da saúde e desenvolvimento do ser humano. Para eles, a reafirmação das atividades educativas, como espaço fundamental na apropriação de novas maneiras, favorece ao idoso seu relacionamento consigo mesmo, e com os demais. Essas atividades devem superar práticas educativas pautadas exclusivamente nas doenças, com vistas a orientações centradas nos profissionais para o comportamento individual e no autocuidado do idoso²⁸.

Ao contrário do que se espera as ações de empoderamento, não devem abranger temas apenas como problemas dos idosos, mas como do ser humano. Haja vista, que as atividades de promoção de saúde estão diretamente relacionadas com a construção da subjetividade e do desenvolvimento da consciência individual e coletiva¹¹. Dessa forma, os grupos constituídos por pessoas da terceira idade, devem fazer parte das estratégias da educação biopsicossocial, desenvolvidas nas atividades de promoção da saúde^{26,30,1}. A inclusão do idoso nesse contexto é de grande relevância para o fortalecimento de capacidades para viver as diferentes etapas da vida, bem como, lidar com as limitações impostas pelas morbidades que por ventura venham a existir¹¹.

Nesse contexto, a prevenção enquanto componente precípua em toda a interação como o idoso alcança resultados positivos para as condições crônicas, enquanto todos se envolvem na mudança de condutas^{31,32}. Nesse sentido, é importante que os idosos, as famílias, a comunidade e as equipes de atenção à saúde, estejam informados, estimulados, capacitados e trabalhem em comum acordo³³. Através de atividades organizadas e diferenciadas conforme as necessidades específicas de cada indivíduo, será possível proporcionar uma educação biopsicossocial ao idoso, levando em consideração a classificação da atenção à saúde, em prevenção primária, secundária e terciária³⁸. Nesse sentido, é necessário contemplar um processo instituinte de

mudanças na vida das pessoas idosas, que aponte para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde e de intervenção na atenção à saúde desse grupo etário^{14,37}.

Dentre as classificações de prevenção da doença, a primária, deve ser compreendida como um conjunto de performances dirigidas a impedir o aparecimento ou diminuir a probabilidade de sofrimento de determinada patologia³⁷. No sentido amplo, essa forma de atenção é entendida como aquela pela qual a população realiza o primeiro contato com os serviços de saúde⁴². Mas, diante da complexidade de situações e variedades de tipos de benefícios dos serviços de saúde que podem exigir este primeiro contato, expressá-los nesse contexto, é uma simplificação das funções e importância desse tipo de atenção³³. Segundo González³³, a promoção da saúde e a prevenção de agravos devem ser focalizadas como eixo primordial no processo da educação biopsicossocial do idoso. Para esses autores, estes eixos, são processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, que apontam para a reorientação do modo de promover a intervenção educativa na atenção primária.

Outra classificação que merece destaque é a prevenção secundária, que busca eliminar a doença em sua fase inicial. Portanto, deve-se lutar contra a prevalência, enquanto a doença ainda estiver entre os indivíduos³⁷. É importante destacar, também, que a educação biopsicossocial pode ser considerada uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde³³, uma vez que não só veicula informações, mas sugere alternativas para prevenção das doenças e promoção da saúde do indivíduo e da comunidade^{30,40}.

Com isso, no contexto biopsicossocial, o desenvolvimento das motivações não depende somente das necessidades inatas do indivíduo, mas também, das atividades que realiza em sua vida, da comunicação com outras pessoas, e, sobretudo do processo educativo e socializador que permite ao idoso, o contato com novas realidades e necessidades³⁸. Dessa forma, a prevenção secundária busca repensar a vida de maneira otimista, reafirma o sentido dessa prevenção e fortalece a crença de que as condições reais para viver plenamente podem ser

transformadas^{26,40}. Sendo assim, o processo saúde-doença, no contexto da educação biopsicossocial, deve fortalecer os idosos para que sintetizem os benefícios do enfoque higiênico social e epidemiológico, desde as posições da essência social do homem, a sua natureza sociológica e à estrutura psicossocial do indivíduo²⁶. González³³ afirma que, para o alcance de uma concepção holística da prevenção de doenças na visão biopsicossocial, é necessário a adoção de um enfoque ecológico de seus problemas, em que o paradigma bioética responde a uma necessidade objetiva do desenvolvimento social e da própria ciência. Este enfoque resume a bioética como um novo paradigma cultural no processo de conformação de caráter humanístico e projeção global³⁴, orientada para fazer o redimensionamento ético da atividade e as correspondentes relações sociais³⁵, que afetam a vida no planeta e conseqüentemente a vida e o bem-estar do idoso²⁶.

Já as atividades de prevenção terciária, se definem como aquelas que estão direcionadas ao tratamento e reabilitação de uma doença já previamente estabelecida³¹. Buscam enlentecer a progressão da patologia, assim, evitar o aparecimento e agravamento de complicações e invalidez, com o propósito de melhorar a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes³⁶.

Tendo em vista o crescimento do ranque de idades e o estado de saúde de cada indivíduo que depende de seus hábitos, é importante trabalhar no seu estado de saúde os três níveis de prevenção de doenças. Mas, com ênfase especial nas atividades de prevenção primária, de maneira que influencie suficiente para evitar o aparecimento de doenças crônicas. E, se já tem sido diagnosticado, deve-se atingir o objetivo de controlá-las e assim evitar as complicações que podem surgir por deficiência da adesão do tratamento, seja ela farmacológica ou não³⁷. Para Machado et al¹¹, a promoção da educação em saúde pode fortalecer o empoderamento de atitudes dos idosos que buscam melhorar sua QV participando de atividades biopsicossociais. Fonseca et al³⁹ acrescentam que para promover o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas sobre hábitos saudáveis de

vida, a educação em saúde biopsicossocial, é um importante processo para alcançar estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos, como forma de substituir antigas práticas verticalizadas do sistema de saúde. Já González³³ afirma que, a educação biopsicossocial deve proporcionar estratégias de manutenção da autônoma, bem-estar e QV das pessoas na terceira idade. Esse modelo de educação deve promover práticas acolhedoras que permitam a construção da independência desse grupo etário considerado vulnerável³⁹.

As ações de educação em saúde biopsicossocial fortalecem as atividades de prevenção em todos os níveis, possibilitam o envolvimento do idoso nas atividades de autocuidado, estimulam a autodeterminação, priorizam o atendimento de suas necessidades na manutenção da capacidade funcional e da QV³³.

Nesse contexto, é importante entender que a idade avançada com frequência envolve mudanças significativas, assim como, as perdas biológicas⁴¹. Tais mudanças incluem alterações nos papéis e posições sociais, tais como na necessidade de lidar com perdas de entes queridos.

Em resposta, os idosos tendem a priorizar metas e atividades mais significativas, no entanto, em menor quantidade, a otimizar suas capacidades existentes, por meio de atividades e inovações tecnológicas, além de compensar as perdas de algumas habilidades através de outras formas de praticar as tarefas^{15,26}. Nesse sentido Carstensen⁴³ refere que os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências desse grupo populacional, tendem apresentar mudanças. Assim, acredita-se, mesmo que, algumas dessas mudanças sejam guiadas por uma adaptação à perda, outras demonstram que o desenvolvimento biopsicossocial continua na terceira idade⁴¹.

Esse reflexo de desenvolvimento continuado pode ser associado ao surgimento de novos papéis, novas maneiras de ver o mundo e diversos contextos sociais relacionados entre si¹⁸. Dessa forma, as alterações biopsicossociais podem esclarecer por que em vários cenários, a idade avançada pode ser caracterizada por maior período de bem-estar subjetivo^{38,37}. No desenvolvimento de resposta de saúde pública ao

envelhecimento é importante considerar as abordagens que melhoram as perdas ligadas à idade mais avançada. Além daquelas que fortalecem a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial desse grupo populacional⁴¹.

Metodologia

O presente artigo compõe parte de um projeto de pesquisa intitulado “Educação biopsicossocial e qualidade de vida do idoso” que possibilita como objeto de estudo a Intervenção da educação biopsicossocial entre idosos portadores ou não de hipertensão arterial em Santa Inês/Maranhão. Para o presente estudo foram incluídos apenas os dados revisados - sem inconsistências.

Realizou-se estudo de ensaio de intervenção quase-experimental^{44,45}, com abordagem quantiqualitativa, sobre a importância da educação biopsicossocial na melhora da qualidade de saúde dos idosos residentes no município de Santa Inês/MA/BR, procedendo-se a coleta de dados mediante questões e exames clínicos realizados antes e depois da intervenção em educação biopsicossocial.

Foi estudada uma população composta por 40 idosos residentes na cidade de Santa Inês/MA/BR, na faixa etária entre 65 e 75 anos, de ambos os sexos, vinculados a uma das Unidade Básica de Saúde do Município.

O processo de seleção da amostra foi de forma aleatória com todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa e que estavam inscritos em uma das duas unidades de saúde da família, e aconteceu em 5 (cinco) etapas. Na primeira etapa, foi realizado um sorteio de duas Unidade de Saúde da Família (USF) que presta assistência básica de saúde no referido município.

Na segunda etapa, foi realizada uma visita nas duas unidades de saúde sorteadas, para identificar o número de idosos adscritos e quantos deles buscam mensalmente os serviços de saúde oferecidos na USF. De forma aleatória, se elegeu 20 idosos de cada unidade. Nessa etapa foi feita uma pesquisa nas fichas de controle do Agente Comunitário de Saúde (ACS), para uma possível localização

e realização de uma visita domiciliar ao idoso que participou da pesquisa.

Na terceira etapa, foram realizadas visitas nos domicílios dos idosos sorteados. Essas visitas aconteceram em dois momentos: no primeiro momento, foram visitados cinco idosos para a realização do teste piloto, que possibilitou correções e adequações de variáveis no questionário; no segundo momento, foram realizadas as visitas aos 40 idosos sorteados que participaram da pesquisa. Nesta etapa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso ou responsável.

Após assinatura do referido Termo, a todos os idosos foram feitas as perguntas do questionário contendo variáveis sócio demográficas, estilo de vida e saúde, avaliação da qualidade de vida, utilização de cuidados de saúde, suporte social e violência psicológica. Também foram feitas a todos os idosos, depois da assinatura do referido termo de consentimento, o exame clínico de verificação da pressão arterial, de medidas antropométricas com cálculo do índice de massa corporal e do teste de glicemia capilar.

Na quarta etapa, será feita, de forma aleatório, a divisão dos 40 (quarenta) idosos em dois grupos de 20 indivíduos cada um: grupo de intervenção e grupo controle.

No grupo de intervenção, foram realizadas atividades de educação biopsicossocial.

As atividades de educação biopsicossociais foram desenvolvidas por profissionais da área da saúde e da educação, incluído o pesquisador e seus colaboradores. Estas atividades consistem em:

Ministrar aulas duas vezes por semana com duração de 60 (sessenta) minutos cada uma. As aulas educativas abordarão temas que promovam a prevenção e o bem estar do idoso, entre os quais destacamos: hipertensão arterial, obesidade, complicações metabólicas, diabetes, desnutrição, alimentação, usos inadequados de medicamentos, tabagismo, alcoolismo, insônia e sono, sedentarismo, exercício físico, quedas, atividades domésticas, atividades culturais e sociais, estilo de vida e saúde, qualidade de vida, satisfação pessoal, utilização de cuidados da saúde, suporte social e outros temas que

contribuirão para promover e prevenir a saúde do idoso;

Prática de atividade física incluindo caminhada três vezes por semana com duração de 30 minutos;

Prática de danças culturais regionais duas vezes por semana com duração de 30 minutos;

Passeios/Visitas a locais e pontos turísticos importantes da cidade ou região circunvizinha, que são poucos conhecidos e frequentados pelos idosos do grupo de estudo, pelo menos uma vez ao mês.

Além disso, se realizou verificação da pressão arterial 2(duas) vezes por semana e verificação das medidas antropométricas e glicemia capilar mensalmente.

O grupo controle não recebeu nenhuma intervenção com atividades de educação biopsicossocial pelo pesquisador e/ou colaboradores. O grupo controle teve a sua disposição os mesmos serviços de atendimentos oferecidos na USF ou em outros setores públicos que oferecem atendimento às pessoas de modo em geral.

Em ambos os grupos (de intervenção e controle), se voltou a realizar o questionário depois do período das atividades de educação biopsicossocial no grupo de intervenção. Também, em ambos os grupos, em dado momento se voltou a realizar os exames clínicos de verificação de pressão arterial, de medidas antropométricas com o cálculo do índice de massa corporal e do teste de glicemia capilar.

A quinta etapa foi organizada em três momentos.

No primeiro foram analisados separadamente os resultados de variáveis dos questionários – características sócio demográficas, estilo de vida e saúde, avaliação da qualidade de vida, utilização de cuidados de saúde, suporte social e violência psicológica – obtidos antes e depois dentro de cada grupo. Realizou-se uma comparação das possíveis diferenças observadas antes e depois entre ambos os grupos.

No segundo se analisou em separado os resultados dos exames clínicos – pressão arterial, medidas antropométricas com cálculo do índice de massa corporal e teste de glicemia capilar – obtidos antes e depois dentro de cada grupo. Se realizou uma

comparação das possíveis diferenças observadas antes e depois entre ambos os grupos.

No terceiro momento, foram discutidas as consequências das intervenções biopsicossociais comparando os resultados entre o grupo de intervenção e o controle. Utilizou-se um questionário como uma ferramenta para obter os dados que permitiram realizar esta comparação. O questionário foi implementado antes e depois das atividades de intervenção dentro dos dois grupos.

Não houve necessidade do sorteio de uma terceira UBS, para encontrar idosos para integrar e completar a amostra de 40 participantes.

Não houve excluídos da pesquisa, os participantes não se mudaram de cidade, e frequentaram as aulas e as atividades.

Para cumprir com os objetivos dessa pesquisa, se mediram as seguintes variáveis:

Variáveis com características sócio demográficas: idade, sexo, situação conjugal, grau de instrução, trabalho, ocupação e renda.

Avaliação da qualidade de vida (baseado no questionário; variáveis qualitativas e semiquantitativas): dor física, assistência médica na vida cotidiana, aproveitamento da vida, importância da vida, concentração, ambiente físico, energia corporal, aparência física, condições financeiras, disponibilidade de informações, oportunidade de lazer, queixas físicas, locomoção, capacidades para o trabalho, satisfação pessoal, relações pessoais, satisfação com a moradia, assistência em saúde, transporte, sentimentos negativos e hábitos alimentares;

Estilo de vida e de saúde (questionário, variáveis qualitativas e semiquantitativas): percepção do estado de saúde, sono, vida em família, relação no trabalho, lazer, tabagismo, alcoolismo e atividades físicas.

Utilização dos cuidados de saúde (questionário, variáveis qualitativas e semiquantitativas): grau de utilização dos serviços de saúde, utilização medicamentos, gastos em saúde.

Suporte social (questionário, variáveis qualitativas e semiquantitativas): apoio familiar, apoio de amigos e vida religiosa.

Violência psicológica (questionário, variáveis qualitativas e semiquantitativas): frequências de ameaças, menosprezos e ofensas.

Exame Clínico (variáveis quantitativas): pressão arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas (altura, peso, índice de massa corporal, circunferência abdominal, circunferência braquial, circunferência da perna).

Para cumprir com os objetivos dessa pesquisa, o pesquisador elaborou um questionário com base às seguintes fontes: Brasil. Ministério da Saúde^{7,46}; Questionário Abuel do Institutet Karolinska [Estocolmo, Suécia]. O questionário foi aplicado em duas sessões.

A coleta de dados foi realizada pelo doutorando em Saúde Pública. Para uniformização da coleta das informações, o entrevistador leu os enunciados das perguntas a todos os pacientes, em vez de formulá-las as perguntas utilizando uma linguagem coloquial. Os dados foram anotados por escrito ou

marcados com um "x" e ao final codificado pelo pesquisador.

Os dados foram analisados estatisticamente. A análise estatística foi realizada mediante o programa Infostat versão 2013p⁴⁷.

Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e obedecendo aos preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Plataforma Brasil sendo aprovado sem pendências com Parecer Consubstanciado do CEP conforme CAAE: 46052715.0.0000.5084. Os pacientes/clientes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

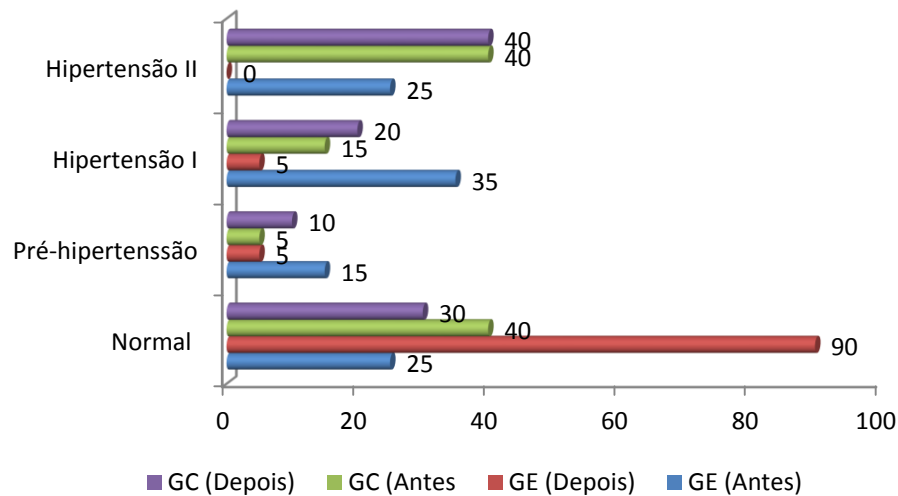
TABELA 1 - Distribuição numérica e percentual das modificações de variáveis quantitativas sobre pressão arterial dos 20 idosos incluídos que receberam educação biopsicossocial depois do período de estudo. Santa Inês/Maranhão, 2015-2016.

| Pressão Arterial | PAS/PAD (mmHg) | Grupo Estudo (Antes) | | | | Grupo Estudo (Depois) | | | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------------|------|----------------|------|-----------------------|--------------|-----------------|------|----------------|------|------------|-------|
| | | Sexo: Masculino | | Sexo: Feminino | | Soma Total | | Sexo: Masculino | | Sexo: Feminino | | Soma Total | |
| Classificação: | | n. | % | n. | % | n. | % | n. | % | n. | % | n. | % |
| Normal | <120/<80 | 2 | 10,0 | 3 | 15,0 | 5 | 25,0 | 7 | 35,0 | 11 | 55,0 | 18 | 90,0 |
| Pré-hipertensão | 120-139/ 80-89 | 2 | 10,0 | 1 | 5,0 | 3 | 15,0 | 1 | 5,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,0 |
| Hipertensão | | | | | | | | | | | | | |
| Estágio: I | 140-159/90-99 | 3 | 15,0 | 4 | 20,0 | 7 | 35,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,0 | 1 | 5,0 |
| Estágio: II | 160/100 | 1 | 5,0 | 4 | 20,0 | 5 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | | 8 | 40,0 | 12 | 60,0 | 20 | 100,0 | 8 | 40,0 | 12 | 60,0 | 20 | 100,0 |

TABELA 2 - Distribuição numérica e percentual das modificações de variáveis quantitativas sobre pressão arterial dos 20 idosos controle depois do período de estudo. Santa Inês/Maranhão, 2015-2016.

| Pressão Arterial | PAS/PAD (mmHg) | Grupo Controle (Antes) | | | | Grupo Controle (Depois) | | | | | | | |
|------------------------|----------------|------------------------|------|----------------|------|-------------------------|--------------|-----------------|------|----------------|------|------------|--------------|
| | | Sexo: Masculino | | Sexo: Feminino | | Soma Total | | Sexo: Masculino | | Sexo: Feminino | | Soma Total | |
| Classificação: | | n. | % | n. | % | n. | % | n. | % | n. | % | n. | % |
| Normal | <120/<80 | 1 | 5,0 | 7 | 35,0 | 8 | 40,0 | 1 | 5,0 | 5 | 55,0 | 6 | 30,0 |
| Pré-hipertensão | 120-139/ 80-89 | 1 | 5,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,0 | 0 | 0,0 | 2 | 10,0 | 2 | 10,0 |
| Hipertensão | | | | | | | | | | | | | |
| Estágio: I | 140-159/90-99 | 0 | 0,0 | 3 | 15,0 | 3 | 15,0 | 1 | 5,0 | 3 | 15,0 | 4 | 20,0 |
| Estágio: II | 160/100 | 2 | 10,0 | 6 | 30,0 | 8 | 40,0 | 2 | 10,0 | 6 | 30,0 | 8 | 40,0 |
| Total | | 4 | 20,0 | 16 | 80,0 | 20 | 100,0 | 4 | 20,0 | 16 | 80,0 | 20 | 100,0 |

GRÁFICO 1 - Pressão arterial sistêmica antes e depois do período de estudo dos 40 idosos incluídos e distribuídos entre o Grupo Estudo e o Grupo Controle. Santa Inês/Maranhão, 2015-2016.



Na Tabela 1, observa-se que os resultados se apresentam modificação depois da intervenção da educação biopsicossocial com os idosos no Grupo de Estudo (GE). Antes do estudo, 60% (12) dos indivíduos desse grupo apresentaram pressão arterial classificada no estágio de “hipertensão I e II”, depois das intervenções da educação biopsicossocial os percentuais da mesma variável de classificação “hipertensão I e II”, diminuíram para 5,0%(1). Observa-se também no estudo, que o número de participantes dentro do padrão “normal” de classificação da pressão arterial segundo o Ministério da Saúde⁷ sofreu modificação positiva, haja vista, que antes da intervenção o número de idosos normotensos no GE foi de 25%(5), e depois das intervenções biopsicossociais esse número aumentou para 90%(18).

Os dados referidos na Tabela 2, Grupo Controle (GC) que não recebeu educação biopsicossocial não apresentaram resultados positivos na classificação “hipertensão I e II”, ou seja, antes do estudo os idosos desse grupo somaram 55%(11) nessa variável, e depois do período das intervenções o GC atingiu o percentual de 60% (12) na mesma variável. Quanto aos indivíduos com pressão arterial classificada como “normal” no GC, os percentuais nessa variável diminuíram de 40%(8)antes para 30%(6) depois das atividades com educação biopsicossocial.

De acordo com os dados na Figura 1, observa-se que o número de idosos do GC que apresentaram pressão arterial classificada

como “normal” segundo o Ministério da Saúde⁷, aumentaram de 30% para 40% depois do período de intervenção.

No GE, o número de idosos que apresentaram “Hipertensão I e II” segundo a classificação do Ministério da Saúde⁷ reduziram significativamente depois da intervenção da educação biopsicossocial de 35% para 5% e de 25% para 0,0% respectivamente. Da mesma forma, quando comparamos os valores (antes e depois) da Pressão Arterial (PA) dos idosos do GE que se apresentaram na classificação “normal” segundo o Ministério da Saúde⁷, percebeu-se que as cifras aumentaram significativamente o percentual de idosos (de 25% para 90%) nessa mesma variável (FIGURA 1) depois da intervenção da educação biopsicossocial.

Discussão

O presente estudo foi desenvolvido com uma amostra de 40 idosos com idade média de 70 anos, a população amostral refere renda mensal média de 1 salário mínimo, ambos residente na zona urbana da cidade de Santa Inês/Maranhão. Para realização da aferição da pressão arterial dos idosos de ambos os grupos (Grupo Estudo e Grupo Controle), nos dois momentos (antes e depois), foram observadas as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde⁴⁸.

Conforme o observado no estudo, notou-se que os idosos que receberam educação biopsicossocial (Grupo de Estudo)

apresentaram resultados significativos depois das intervenções (TABELA 1). Os indivíduos incluídos em ambos os grupos (Grupo Estudo e Grupo Controle) apresentaram prevalência de hipertensão antes da intervenção da educação biopsicossocial (TABELAS 1 e 2). Esses dados são semelhantes aqueles encontrados no estudo de Segundo et al.⁶, que referiu 55,8% dos idosos com hipertensão.

Depois da intervenção da educação biopsicossocial, quando comparamos os resultados de ambos os grupos, notamos que o GE reduziu satisfatoriamente o percentual de indivíduos que apresentaram hipertensão I e II na avaliação clínica (FIGURA 1). Além desse achado, observou-se também no GE que o percentual de idosos que apresentaram pressão arterial “normal” foi modificado significativamente depois que esse grupo etário recebeu educação biopsicossocial (FIGURA 1). Esses achados sugerem hipóteses de que a intervenção da educação biopsicossocial pode contribuir para a manutenção do controle da pressão arterial dos idosos, gerando saúde e possibilitando melhora na qualidade de vida dessa parcela da população. Estudos realizados por Horta et al¹⁴ corroboram o estudo ao referir que a promoção da saúde e a prevenção de agravos devem ser vistos como ponto positivo no processo de promoção da educação desse grupo etário.

No entanto, no Grupo Controle (que não recebeu educação biopsicossocial) não foram observadas modificações positivas. Notamos que os indivíduos desse grupo não apresentaram resultados significativos, ou seja, o percentual de hipertensão I e II, somados antes do estudo, cresceu depois da intervenção conforme avaliação clínica

(TABELA 2), e o número de idosos encontrados com pressão normotensa (GC) diminuiu depois do período de estudo nesse grupo (FIGURA 1). Esses dados sugerem hipótese de que a não participação do idoso em grupos que contemple educação biopsicossocial, poderá torna-los mais vulneráveis as chances de evolução natural da doença hipertensão.

Conclusão

Pode-se concluir com o presente estudo que mais de cinquenta por cento dos idosos de ambos os grupos (Grupo Estudo e Grupo Controle) antes das intervenções biopsicossociais apresentaram prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Depois das intervenções da educação biopsicossocial, somente os idosos do Grupo Estudo apresentaram hipertensão I e II reduzida para cinco e zero por cento respectivamente, ou seja, noventa por cento dos idosos do Grupo Estudo se classificaram como normotensos. No Grupo Controle não houve resultados significativos.

Portanto, o desenvolvimento de respostas de saúde pública ao envelhecimento saudável intervém de forma positiva na qualidade de vida do idoso. É de grande importância, também, chamar atenção das autoridades competentes no sentido de restabelecer políticas públicas que priorizem as atividades de promoção da educação biopsicossocial como uma das possíveis alternativas para possibilitar ao idoso um envelhecimento bem sucedido com qualidade de vida.

Intervention of biopsychosocial education among elderly patients with or without systemic arterial hypertension in Santa Inês Maranhão

Abstract

The present article aimed to evaluate the intervention of biopsychosocial education among elderly patients with or without systemic arterial hypertension. This is a study of the Near-Experimental Intervention Test with a quantitative approach on intervention in biopsychosocial education for the elderly. The promotion of biopsychosocial education directed to the elderly requires the improvement of new forms of education that can respect the psychological peculiarities and capacities in the various stages of life. The biopsychosocial interventions developed with this public should be linked to habits and traditions with great experience and

wisdom about this population, so that they translate into successes in the health of the individual and the community. In the clinical exams performed with the subjects before the intervention, more than 50% of the elderly of both groups (Study and Control) had a prevalence of systemic arterial hypertension. After the intervention period with promotion of biopsychosocial education, only the elderly of the Study Group presented hypertension I and II reduced to 5% and 0% respectively, in the same group 90% of the elderly were classified as normotensive after the study. There were no positive changes in the Control Group. It is concluded, therefore, that it is of great importance to draw the attention of the competent authorities to reestablish public policies that prioritize the activities of biopsychosocial education as one of the possible alternatives to enable the elderly to achieve a successful aging with quality of life. The aim of this article was to

Descriptors: Elderly. Systemic arterial hypertension. Biopsychosocial education. Health promotion.

Referências

- Cardoso Neto AC. Promoção da educação biopsicossocial e qualidade de vida do idoso entre os 65 e 75 anos de idade na cidade de Santa Inês, Estado do Maranhão, Brasil. *Proceedings of XV Safety, Health and Environment World Congress*. 2015 Jul;15(1):283-287.
- Costa M, Rocha L, Oliveira S. Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófana de Educação*. 2012.
- Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev Salud Publica*. 2011;13(3):458-469.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 - Características da População e dos Domicílios. IBGE, Rio de Janeiro, 2000.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Populacional 2010, Rio de Janeiro, 2010.
- Segundo VHO, Azevedo HPM, Rebouças GM, Felipe TR, Albuquerque Filho NJB, Medeiros HJ, et al. Perfil nutricional e prevalência de hipertensão em idosos participantes de um programa de exercício físico. *Rev Pesq Saúde*. 2015 Jan-Abr;16(1): 7-10.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, 19, 1-192. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>.
- Magnabosco P, Nogueira MS. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo. *Rev. Eletr. Enfermagem*. 2011 Jun-Mar;13(1):110-117.
- Sánchez RLG, Rodríguez SMI, Rodríguez JRR, Jiménez JM. Educación para la salud. Influencia en ancianos hipertensos. *Rev. Cubana Med. Gen. Integ*. 1999;15(4):364-367.
- Silva C, Luz M. Modelo Psicossocial y envejecimiento, reflexividad y posibilidades em programas y políticas de la tercera edad. [periódico na internet] 2014; [acesso em Nov. 18]. Disponível em: www.rmdd.uchile.cl/index.php/RTO/article/.../140.
- Machado ARM, Santos WS, Dias FA, Tavares DMS, Munari DB. Potencializando um grupo de terceira idade de uma comunidade rural. *Rev. Esc. Enferm*. 2015;49(1):e96-103.
- Combinato DS, Dalla VM, Lopes EG, Manoel RAM, Oliveira ACS, Silva KF. "Grupos de conversas": saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*. 2010;22(3):e558-568.
- Van Leuven KA. Health practices of older adults in good. *J.Gerontol Nurs*. 2010;36(6):e38-46.
- Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como possibilidade de promoção da saúde no Programa Saúde da Família. *Revista APS*. 2009 Jul-Set;12(3):e293-301.
- Sapag LI, Campos S, Piette JD. Estrategias inovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(1):e1-9.
- Rodríguez CA, Kolling MG, Mesquida P. Educação e Saúde: um Binômio que Merece Ser Resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(1):e60-66.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. 1996; Brasília.
- Almeida LFA, Gomes IS, Salgado SML, Freitas EL, Almeida RWS, Oliveira WC, et al. Promoção da saúde, qualidade de vida e envelhecimento - A experiência do projeto "Em Comum-Idade: uma proposta de ações integradas para a promoção da saúde de idosos das comunidades de Viçosa-MG". *Revista ELO - Diálogos em Extensão*. 2014. Dez;03(02):e71-80.
- Tavares, D. M. S., & Rodrigues, R. A. P. (2002). Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev. Esc Enferm USP*, 36(1), 88-96. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a12.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília. Organização Mundial da Saúde, 2003.
- Souza M, Hartmann CT, Dreher DZ. Atenção biopsicossocial a idosos: relato de experiência. *Salão do Conhecimento do UNIJUI. Luz-Ciência-Vida. XVI Jornada de Extensão*. 2015.
- Rootman, I. (2001). A framework for health promotion evaluation, pp. 7-38. In I. Rootman et al. (eds.). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional publications. European Series. Dinamarca.
- Buss, P. M (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia y C. M. Freitas (orgs.). *Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências*. (pp.19-41) 2a ed. rev. Rio de Janeiro: Fio cruz. Recuperado de <http://www.googleacademic.com.br>.
- Oliveira AL, Lima MP, Portugal P. Escala de Autoeficácia para a Atividade com Sentido: Encontrando sentido no envelhecimento ativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. 2016; 2(1):e3-13.
- Cabral M(Org.), Ferreira P, Silva P, Jerônimo P, Marques T. *Processos de envelhecimento em Portugal, uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2013 Jun; [acesso em 2016 Out 20]. Disponível em: <https://www.ffms.pt/upload/docs/4e326275-8ec4-4e10-8e5d-0dab9ad2657a.pdf>.
- Daniel AC. (2012). Aspectos biopsicossociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012; 28(2):79-86.
- World Health Organization/WHO/NMH/NPH. *Active ageing: a policy framework*. 2002. [acesso em 2016 Dez]. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ageing>.
- Assis M, Pacheco LC, Menezes MFG, Bernardo MHJ, Steenhagen CHVA, Tavares EL. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O mundo da saúde*. 2007;31(3):438-447.
- Doll, J. (dezembro, 2014). Educação e envelhecimento:

- desafios no mundo contemporâneo. In A. Anica, A. Fragoso, C. Ribeiro & C. Sousa (coords.). *Envelhecimento ativo e educação*. (pp. 5- 17). (s.l.): Universidade do Algarve. Recuperado de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/5702/5/Ebook%20FINAL.pdf>.
30. Souza M, Hartmann CT, Dreher DZ. Atenção biopsicossocial a idosos: relato de experiência. *Salão do Conhecimento do UNIJUI. Luz-Ciência-Vida. XVI Jornada de Extensão*. 2015.
 31. Stegmüller K. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Mai-Jun;14(3):889-897.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. (2013e) Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de atenção básica*, 2013e;37:1-140.
 33. González CG. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicossocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. *Revista Cubana Enfermería*. 2010 Oct-Dic;26(4):170-184.
 34. Cardoso Neto, AC, Oliveira MS. (April,2015d) Justiça social e a relação da saúde com a bioética *Proceedings VIII World Congress on Communication and Arts*. 2015d Apr;8:e300-302. Disponível em: <http://copec.eu/congresses/wcca2015/proc/works/70.pdf>.
 35. Oliveira MS, Kairala ALR, Cardoso Neto AC, Costa VD, Marques PS. (July, 2015b). Relevância do ensino e do conhecimento da bioética nas ciências da saúde. *Proceedings of XV Safety, Health and Environment World Congress*. 2015d Jul;15(1):e406-408. Disponível em: <http://copec.eu/congresses/shewc2015/proc/works/91.pdf>.
 36. Erikson. (2014). Factores de riesgo para la salud en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, adulto y anciano. *Cuidados de enfermeira*. In: Mayter VV. *Manual CTO oposiciones de enfermeira*. (pp.113-119): CTO Medicina. 2014 [acesso em 2016 Out 13]. Disponível em: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf.
 37. Espejo CYM. El adulto mayor y el mantenimiento de su estado através de la educación. *Decana de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, Chia/Colombia*, 2014.
 38. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 2007;10(2):178-189.
 39. Fonseca RSB, Gonçalves LL, Silva GRF, Moura ACC, Azevêdo GAV. Tecnologia Assistida na Promoção da Saúde de Pessoas Idosas. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2015 Jan-Mar;4(1):74-80.
 40. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015 Ago;26(2):147-153.
 41. Organização Mundial da Saude. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra/Suíça: 2015. [acesso em 2016 Dez 12] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>.
 42. Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores* (3a ed). Washington: OPAS.
 43. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun;312(5782):1913–1915.
 44. ORTIZ, MM. & Rodríguez, MD. *Estudios de Intervención*, en: *Manual de Epidemiología y Salud Pública* (Coordinadora: Lumbreras Lacarra, B.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2011.
 45. SEUC JO, A. H. & Domínguez Alonso, E. Diseño de ensayos de intervención omunitaria. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*. v.2, n.2, 2001 p. 117-22.
 46. MILLÁN CALENTI, José Carlos. *Gerontología y Geriátria: Valoración e entervención*. Buenos Aires, Editorial Médica pan-americana, 2011.
 47. Di Rienzo J.A., Casanoves F., Balzarini M.G., Gonzalez L., Tablada M., Robledo C.W. *InfoStat versión 2013p*. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 2013. URL. Disponível em:<<http://www.infostat.com.ar>>. Acesso em: 29 de outubro de 2013.
 48. Brasil. Ministério da Saúde. (2013) Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de atenção básica*, 37, 1-140. Ministério da Saúde. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

Osteoartrite em paciente jovem submetido à meniscectomia devido menisco discóide: um relato de caso

Isabela Cristina DINIZ E PÁDUA¹, Miguel Luiz da SILVEIRA NETO¹, Isabela Porto SILVA COSTA¹, Ana Carolina DINIZ E PÁDUA¹, Jonatas PEREIRA MELO¹, Jeniffer EVANGELISTA DE OLIVEIRA¹, Marcia SILVA DE OLIVEIRA²

Resumo

A osteoartrite é uma patologia de caráter inflamatório e degenerativo que leva à destruição da cartilagem articular e deformidade da articulação. Malformações meniscais, como o menisco discoide, é fator de risco, de possível caráter hereditário, pouco citado para desenvolvimento da artrose de joelho. O presente estudo tem por objetivo abordar um caso com degeneração precoce de articulação devido patologia congênita de alteração anatômica meniscal. Não há procedimentos descritos na literatura capazes de recuperar a lesão já instalada. O objetivo central desse tipo de tratamento é minimizar a progressão das lesões, controlar a dor, melhorar e prevenir limitações e deformidades articulares, o estilo e a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Osteoartrite. Meniscectomia. Joelho. Adolescente.

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

²Mestre em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – UnB – DF. Docente do Curso de Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

Submetido: 30 de abril de 2017. **Aceito:** 30 de maio de 2017.

Como citar este artigo: Diniz e Pádua IC, Silveira Neto ML, Silva Costa IP, Diniz e Pádua AC, Pereira Melo J, Oliveira JE, Silva de Oliveira M. Osteoartrite em paciente jovem submetido a meniscectomia devido menisco discoide: um relato de caso. AMLAT. 2017 Jan-Jun; 1(1):16-18.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Isabela Cristina Diniz e Pádua
Endereço QI 06 lote 560– DF. CEP 72 445-060
Telefone: (62) 985592350
E-mail: isabelacdiniz@hotmail.com

Categoria: Relato de Caso
Área: Medicina

Introdução

A osteoartrite é uma patologia de caráter inflamatório e degenerativo que leva à destruição da cartilagem articular e deformidade da articulação¹.

A etiologia é complexa e inicia-se com o envelhecimento². Outros fatores que parecem influenciar nessas alterações são microtraumatismos de repetição, cargas articulares excessivas, obesidade, atividades ocupacionais, fatores metabólicos, endócrinos e hereditários³.

Malformações meniscais, como o menisco discoide, é outro fator de risco, de

possível caráter hereditário, pouco citado para desenvolvimento da artrose de joelho. O menisco discoide tem etiopatogenia controversa na literatura, sendo sugestivo de parada de desenvolvimento do menisco na fase embrionária, o que o leva a ter forma discoide ao invés de semilunar.

O tratamento da artrose se baseia na gravidade de acometimento e peculiaridades do paciente, mas envolve equipe multidisciplinar, visando melhora da capacidade funcional, mecânica e clínica.

Pode ser realizado com base em cirurgias, medicamentos e fisioterapia³. Sendo que quanto mais cedo o acometimento, maior o tempo de exposição aos fatores inflamatórios e degenerativos da doença, reduzindo significativamente a qualidade de vida desses pacientes.

Revisão da literatura

O tratamento da osteoartrose é sintomático, com alguns fatores de risco identificáveis que avalia a possibilidade de intervenção quando se trata de pacientes com idade mais avançada. Em pacientes mais jovens, não há descrição na literatura de manejo mais adequado, se tornando um assunto ainda pouco discutido.

O tratamento cirúrgico é uma opção em processos cronicados e que resultam em limitação, mas se torna inviável em

adolescentes devido a manipulação excessiva do membro pelo decorrer dos anos, resultando em limitação funcional do paciente.

Não há procedimentos descritos na literatura capazes de recuperar a lesão já instalada. O objetivo central desse tipo de tratamento é minimizar a progressão das lesões, controlar a dor, melhorar e prevenir limitações e deformidades articulares, o estilo e a qualidade de vida do paciente⁴.

De acordo com Oliveira (2003), a artrose é considerada consequência inevitável do envelhecimento, uma manifestação do desgaste ou resultado de uma mecânica articular anormal. Geralmente surge após os 40 ou 45 anos, sendo responsável por grande parte da incapacidade dos membros inferiores observada nos idosos, e não há descrições desse processo em adultos jovens.

Relato de caso

ICDP, 23 anos, sexo feminino. Aos 4 anos iniciou quadro de estalido, claudicação, bloqueio, déficit de extensão e de flexão de joelho esquerdo, além de atrofia de quadríceps à esquerda. A RNM revelou menisco discóide degenerado e cisto ao redor do menisco esquerdo.

Foi indicada meniscectomia parcial, devido sintomatologia importante da paciente. Os resultados da cirurgia foram satisfatórios com alívio sintomático. Não apresentou novos episódios de claudicação e teve melhora parcial da extensão e flexão do joelho acometido.

Após 5 anos do procedimento cirúrgico, foi diagnosticada osteocondrite dissecante com sintomas ausentes, com indicação de reforço muscular e contra-indicação a exercícios de alto impacto.

Após 15 anos da cirurgia apresentou novas crises de bloqueios, associadas a dor e edema do joelho esquerdo. Ao exame

radiológico foi encontrado pequeno derrame articular, fragmentos ósseos adjacentes ao côndilo lateral e espinha tibial lateral, além de osteoartrose e proeminência das espinhas tibiais.

Foi recomendado tratamento conservador com condroprotetores e manter o fortalecimento da musculatura do quadríceps.

Discussão

A osteoartrose é uma doença articular degenerativa progressiva, com manifestações clínicas que incluem anomalias estruturais, sinais inflamatórios mínimos e um conjunto de sintomas como dor e limitação funcional, com consequente redução da qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde é a quarta principal causa de incapacidade nas mulheres e a oitava entre os homens. O presente relato ressalta a importância de se ampliar as técnicas terapêuticas uma vez que o processo de osteoartrose é irreversível e nocivo quando se trata de pacientes acometidos quando jovens como no caso descrito.

Atualmente o tratamento da osteoartrose visa o alívio do desconforto e retardo do desenvolvimento das alterações degenerativas com condroprotetores, embora existam dados consideráveis relativos ao benefício reduzido destas terapêuticas.

Conclusão

A abordagem de um paciente com osteoartrose deve sempre envolver uma equipe multidisciplinar que considere todos os componentes envolvidos nessa patologia. Quando há acometimento de pacientes de meia idade apresenta grande impacto na qualidade de vida, sendo potencialmente mais lesiva em pacientes jovens devido ao longo prazo de degeneração.

Osteoarthritis in young patients submitted to meniscectomy due discoid meniscus: a case report

Abstract

Osteoarthritis is an inflammatory and degenerative pathology that leads to destruction of joint cartilage and deformity of the joint. Meniscal malformations, such as the discoid meniscus, are a risk factor, of a possible hereditary nature, not mentioned for the development of knee arthrosis. The present study aims to address a case with early degeneration of joint due to congenital pathology of meniscal anatomical alteration. There are no procedures described in the literature capable of recovering the lesion already installed. The central objective of this type of treatment is to minimize the progression of the lesions, to control the pain, to improve and to prevent limitations and articular deformities, the style and quality of life of the patient.

Descriptors: Osteoarthritis. Meniscectomy. Knee. Adolescent.

Referências

1. Camanho GL. Tratamento da osteoartrose do joelho. Rev. Bras. Ortp. Mai 2001; 36(5).
2. Quadrante ACR. Doenças crônicas do envelhecimento. [acesso em 30 de abril 2017]. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net>>
3. Moraes LB. Artrose: você sabe o que é isso? 2007. [Acesso em 30 abril 2017]. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/fisioweb/reumato.asp>>
4. Oliveira KF. Artrose. 2003 [Acesso em 30 abril 2017] Disponível em: <<http://www.interfisio.com.br>>

Os impactos biopsicossociais na vida de um idoso acometido por Acidente Vascular Encefálico (AVE): um relato de experiência de estudantes de medicina

Jéssica Rodrigues **NOGUEIRA**¹, Aldo Roberto **FERRINI FILHO**¹, Rachel Lorentino **RIBEIRO**¹, Aluyzio de Mendonça Costa **FERRINI**¹, Victor Hugo Alves **CAMPOS**¹, Cristiano Ricardo Martins **TEIXEIRA**¹, Danilo Martins **BRITO**², Marcia **SILVA DE OLIVEIRA**³

Resumo

O envelhecimento é um processo fisiológico que está relacionado a alterações corporais e emocionais que podem atuar comprometendo diretamente a qualidade de vida do indivíduo. O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica complexa envolvendo anormalidade usualmente súbita do funcionamento cerebral decorrente da interrupção da circulação cerebral ou hemorragia. O objetivo desta pesquisa é explanar os aspectos das alterações na qualidade de vida e correlacionar com fatores biológicos, psicológicos e sociais de um idoso acometido por AVE na óptica de acadêmicos de medicina. O período de convivência dos acadêmicos com o idoso portador das sequelas de AVC hemorrágico demonstrou o quanto é importante o acompanhamento integrado e multidisciplinar, já que esta patologia desencadeia problemas motores, orgânicos e psicológicos. Após a experiência com os estudantes, os familiares demonstraram uma transferência positiva, representando a importância e o impacto na contratransferência positiva dos estudantes de medicina.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Depressão. Cuidador.

¹Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

²Médico formado na Universidade Federal do Pará – PA. Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem – Instituto de Diagnóstico por Imagem – SP.

³Mestre em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – UnB – DF. Docente do Curso de Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

Submetido: 30 de abril de 2017. **Aceito:** 30 de maio de 2017.

Como citar este artigo: Nogueira JR, Ferrini Filho AR, Ribeiro RL, Ferrini AMC, Campos VHA, Brito DM, Silva de Oliveira M. Os impactos biopsicossociais na vida de um idoso acometido por Acidente Vascular Encefálico (AVE): um relato de experiência de estudantes de medicina. AMLAT. 2017 Jan-Jun; 1(1):19-23.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Jéssica Rodrigues Nogueira
Endereço: Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – FACIPLAC, Gama – DF. CEP 72.445-020
Telefone: (61) 3035-1805
E-mail: jessicanogueira.91@gmail.com

Categoria: Relato de Experiência
Área: Saúde pública

Introdução

O envelhecimento é um processo fisiológico que está relacionado a alterações corporais e emocionais que podem atuar comprometendo diretamente a qualidade de

vida do indivíduo, tendo como desfecho uma série de manifestações físicas e psíquicas, tornando um ser frágil o idoso, conseqüentemente, mais predisposto a desenvolver doenças¹.

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica complexa envolvendo anormalidade usualmente súbita do funcionamento cerebral decorrente da interrupção da circulação cerebral ou hemorragia. O acidente vascular encefálico é uma patologia de causa multifatorial resultando numa lesão cerebral focal².

Os sintomas apresentados pelo paciente dependem da localização do acidente vascular e da idade, podendo apresentar: fraqueza, distúrbios visuais, perdas sensitivas, linguagem e fala (afasia) e convulsões³.

O paciente pós-AVE necessita de cuidados intensivos por parte dos familiares, é comum o desenvolvimento de quadro depressivo e reclusão social, neste âmbito o apoio de parentes e amigos é imprescindível. A reabilitação depende não somente da fisioterapia, como também do desenvolvimento de atividades que o

reincluam em na sociedade⁴.

Visto a considerável importância de acometimento desta entidade por idosos e sua relação com o desenvolver das atividades básicas da vida diária e sua qualidade de vida. O objetivo deste relato de experiência é explanar os aspectos das alterações na qualidade de vida e correlacionar com fatores biológicos, psicológicos e sociais de um idoso acometido por Acidente Vascular Encefálico na óptica de acadêmicos de medicina.

Revisão de literatura

No Brasil, o expressivo aumento no número de idosos, decorre de transformações ocorridas no século XX, entre os aspectos implicados nessas alterações estão as mudanças no padrão de saúde-doença, transições epidemiológicas e demográficas, diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade infantil, que paralelamente atuaram no aumento da expectativa de vida⁵.

É estimado que no ano de 2025, nosso país apresentará a sexta maior população de idosos do mundo, com 32 milhões de idosos, percentualmente 14% da população⁶. O acidente vascular encefálico (AVE) é responsável por 5,5 milhões de mortes anuais no mundo, aproximadamente⁷.

A pessoa idosa apresenta-se em situações distintas em comparação com outras fases da vida. Essas circunstâncias trazem novos desafios nas atividades diárias, como limitações físicas, doenças degenerativas, doenças crônicas que vão se apresentar distintamente na população idosa, a depender da constituição do seu envelhecimento, sendo este saudável, ou não⁸. Por se apresentarem diferentes, em relação a outras fases da vida, profissionais de diversas áreas demonstram grande preocupação com esta população e despertam o interesse de muitos estudiosos para a temática do envelhecimento⁶.

A depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente nos pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE). São detectados alguns fatores de risco para a ocorrência de depressão nestes pacientes, como: prejuízo funcional e cognitivo, história prévia de depressão, idade, aspectos sociais. A

prevalência da depressão é maior quando comparada a pacientes ortopédicos com limitação física semelhante⁹.

Os transtornos do humor são responsáveis pela perda de autonomia do paciente e pelo agravamento de quadros preexistentes, constitui um grande fator para o agravamento da evolução clínica. A depressão é o transtorno de humor mais frequente e está associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade, à negligência no autocuidado e maior risco de suicídio¹.

Relato de experiência e Discussão

As etapas de intervenção

Pesquisa de campo realizada durante a monitoria da disciplina de Interação Comunitária (IC) na faculdade de medicina da FACIPLAC. Estudo de experiência dos estudantes frente a caso de idoso com sequelas de AVE, a partir de visitas domiciliares seriadas e sob orientação, de fevereiro a abril de 2017. A IC visa um integral acompanhamento da comunidade, bem como mútuo aprendizado entre docentes e comunidade. A disciplina apresenta como eixo básico a elaboração de pesquisa para inserção de acadêmicos na comunidade científica, com a supervisão dos docentes.

As etapas desenvolvidas na pesquisa abrangeram desde o estudo do histórico psicossocial do idoso, levantamento do seu estado de saúde prévio ao AVC, estudo com familiares próximos ao idoso, avaliação integral do idoso (realização de questionários e entrevista) marchando até elaboração de estratégias para aprimorar a qualidade de vida do idoso, bem como discussões em grupo para a ornamentação de propostas específicas para o caso.

O delineamento do caso

Idoso, sexo masculino, 80 anos de idade, portador de sequelas secundárias a episódio de Acidente Vascular Encefálico do tipo hemorrágico, sofrido no ano de 2010. Paciente após o AVE foi acompanhado por familiares de forma mais próxima e diversas limitações foram observadas por esses.

Durante internação e desde os primeiros dias que sucederam a patologia,

diversas alterações orgânicas foram observadas, como disfagia, distúrbios esfincterianos, disartria e afasia, alterações do espectro psicológico também foram notadas, como depressão. Segundo Candido et al, a depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse em atividades de interesse e diminuição da energia, é o transtorno mental mais comum e é considerado um grave problema de saúde pública¹⁰.

No momento do retorno do paciente para casa é o marco da transição do ato de curar, perspectiva do hospital, para o de cuidar em casa. Essa transição pode ser considerada uma fase da vida, diante das condições diversas ou de status⁷.

De todas as sequelas que este idoso carrega, a hemiplegia é um fator considerável para torná-lo uma pessoa que depende de um cuidador na quase totalidade das atividades diárias, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se.

Durante os dois primeiros anos após o AVE, o paciente realizou fisioterapia diariamente, em busca de resgatar um pouco da autonomia perdida. Entretanto, não foi evidenciada uma melhora considerável, segundo neurologista a área atingida pela hemorragia havia sido grande e, segundo esta, não se devia esperar grandes progressos. O impacto ocasionado por essa frase da médica trouxe mais angústia para os familiares que ainda apresentavam grandes expectativas frente o caso do paciente.

O ser humano, apresenta um potencial para cuidar de si e do outro dentro do universo que este está contido. Esse modo de cuidar sempre existiu, contudo, ainda é um desafio para uma família cuidar de um membro com dependência imposta por um agravo ou doença, é desafiador lidar com as tecnologias, simples ou complexas, trazendo como resultados negativos na dinâmica familiar⁷.

A família desde então tem procurado alternativas para restabelecer a qualidade de vida do idoso, de maneira a fazê-lo interagir com outros idosos por meio de cultos religiosos da terceira idade e encontros de pacientes pós-AVE. Essas foram as medidas que trouxeram maiores benefícios para o paciente.

Atualmente, o paciente programa as atividades que realizará durante a semana, voltou a ter um maior cuidado com a higiene pessoal e se mostra mais receptivo a integração com pessoas ao seu redor.

A experiência na óptica dos acadêmicos

O estudo do caso e as discussões em sala de aula, trouxeram o interesse maior para os acadêmicos e a importância do cuidado multidisciplinar em pacientes que perderam a independência. A partir da nova percepção do caso pelos estudantes, possibilitou a melhor avaliação da qualidade de vida e do bem-estar, além de cuidados que extrapolam a medicina, como o cuidado religioso, o aspecto social e familiar do paciente.

A autonomia dos idosos está diretamente relacionada a diversos fatores, dentre os quais podem ser citadas as questões de gênero, a genética e o próprio ambiente onde esses convivem com diferentes estilos de vida. A dependência no envelhecimento ocorre principalmente pela perda da funcionalidade motora ou cognitiva¹¹.

O principal desejo dos acadêmicos após as visitas foi desenvolver as ações específicas que reestabeleceriam as condições de vida do idoso, mostrando que seria possível realizar suas atividades para se sentir útil no meio em que vive.

Segundo Ferreira et al⁶, a elaboração de programas de intervenção específicos relacionados a eliminação de condições relacionadas a incapacidade funcional faz parte dos primeiros estágios para a manutenção da qualidade de vida dos idosos. Sendo a elaboração de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação ações de elevada importância na manutenção da capacidade funcional dos idosos.

As estratégias para melhorar sua qualidade de vida

O Acidente Vascular Cerebral é uma condição neurológica incidente e prevalente na nossa sociedade, é a segunda causa de morte mais comum no mundo, sendo responsável por 10% dos óbitos totais no Brasil e 31,7% das mortes por problemas circulatórios¹¹. Entretanto a maior parte das

suas sequelas não eram conhecidas pela maioria da família do paciente. A cada mês que se passava após o acidente era uma nova descoberta, a memória recente havia sido muito prejudicada, assim como a cognição, deixando o idoso constrangido em falar em público, para isso foi indicado o tratamento com a fonoaudióloga, que obteve sucesso.

Segundo Rodrigues et al⁷, uma das estratégias para responder aos desafios para a atenção à saúde da população com AVC é a de conhecer, junto ao idoso e à família, a descrição, em profundidade, desse processo de cuidar, para implementação de um plano de cuidado. Ademais, torna-se necessário referenciar esse idoso para que a equipe de atenção básica atue junto com a família nesse processo.

Frente ao quadro de comprometimento nas atividades da vida diária, depressão, ansiedade, stress, foi fundamental que o paciente pós-AVC tivesse acesso à reabilitação e aos serviços de apoio relacionados ao AVC para que conseguisse melhorar suas atividades de vida diária após o evento e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida. Com a inserção do idoso em reuniões domiciliares que visam a troca de experiência e conhecimento religioso proporcionou grande desenvolvimento social, pois um novo vínculo foi estabelecido propiciando uma ocupação do seu tempo ocioso.

Após a visita do grupo de alunos de medicina, que tiveram uma conversa esclarecedora com o idoso, houve grande melhora na aceitação do quadro e os mesmos sugeriram exercícios funcionais em domicílio. Desenvolveram atividades físicas que podem ser realizadas com utensílios reaproveitados. Colocaram garrafas para que o paciente exercitasse os membros superiores, e o ensinaram a apoiar nas janelas e fazer agachamentos para fortalecer os membros inferiores.

O contato dos profissionais de saúde com o paciente é de extrema importância no contexto da saúde integral. O papel do entrevistador se funde com o de um terapeuta em várias situações. Inúmeros fatores podem ser citados para exemplificar situações que atrapalham a entrevista, como as barreiras

pessoais, o uso de nomenclatura técnicos, palavras que sugerem preconceitos, impaciência, mensagem incompleta, expressão inadequada de sentimentos e emoções¹⁰.

O grupo de estudantes elaborou com orientação de seus mestres estratégias que objetivavam a reintrodução do idoso no meio familiar e de novos amigos. Elaboração de estratégia terapêutica a partir de exercícios realizados na residência com auxílio de um educador físico da universidade. Foi sugerido à família a implantação de grupos religiosos na igreja perto da residência pelo fato do idoso sempre ter sido um membro assíduo da igreja. Foi orientado a frequentar consultas ou sessões com a nutricionista da família para maior controle dos fatores de risco e uma dieta mais saudável.

Foi demonstrado ainda, a importância de uma alimentação saudável, com o controle restrito de sódio e o uso das medicações anti-hipertensivas de acordo com a prescrição médica, já que uma das queixas era: *"estou tomando remédio demais..."*. Os familiares apresentaram uma perspectiva positiva deste trabalho, relataram que o idoso se encontrava mais sereno, realizando as atividades que estão ao seu alcance e interagindo mais com os que o rodeiam.

A percepção dos alunos frente aos impactos das visitas

Após o primeiro contato e as visitas subsequentes o impacto dessa abordagem para os acadêmicos foi muito valiosa, trouxe aspectos em várias áreas da saúde e possibilitou uma excelente troca de informações técnicas e de aspectos psicossociais mútuos. A transferência e contratransferência nesta experiência foi de incalculável valor tanto para o paciente quanto para o idoso.

Segundo Marques Filho¹², geralmente a transferência é positiva. Mesmo que a transferência envolva expectativas e atitudes irrealistas, constitui um dos ingredientes do relacionamento médico-paciente que tem um efeito em grande parte benéfico no processo terapêutico.

Considerações finais

O período de convivência dos acadêmicos com o idoso portador das sequelas de AVC hemorrágico demonstrou o quanto é importante o acompanhamento integrado e multidisciplinar, já que esta patologia desencadeia problemas motores, orgânicos e psicológicos que podem levar a um quadro severo de depressão e consequente desestímulo de viver. Outro ponto importante é a integração desse idoso com a família, em função das diversas limitações adquiridas a tendência é permanecer isolado, atividades que o incluem

precisam ser desenvolvidas para que o paciente se sinta útil para aqueles que o cercam. Após a experiência com os estudantes, os familiares demonstraram uma transferência positiva, o paciente se apresentou motivado, passando a realizar as atividades físicas desenvolvidas em casa, mantendo a alimentação restrita de sódio e empenhado na realização das reuniões com o grupo de idosos, representando a importância e o impacto na contratransferência positiva dos estudantes de medicina.

The biopsychosocial impacts on the life of an elderly person affected by stroke: an experience report of medical students

Abstract

Aging is a physiological process that is related to bodily and emotional changes that can act directly compromising the quality of life of the individual. Stroke is a complex neurological syndrome involving a sudden abnormality of brain functioning due to interruption of the cerebral circulation or hemorrhage. The objective of this research is to explain the aspects of the changes in the quality of life and to correlate with biological, psychological and social factors of an elderly person affected by stroke from the perspective of medical students. The period of academic cohabitation with the elderly with hemorrhagic stroke sequelae demonstrated the importance of integrated and multidisciplinary follow-up, since this pathology motor, organ and psychological problems. After the experience with the students, the family members demonstrated a positive transference, representing the importance and the impact on the positive countertransference of medical students.

Descriptors: Stroke. Depression. Caregivers.

Referências

1. Ortiz BR, Wanderley KS. Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16(3): 307-316.
2. Meneghetti CHZ, Silva JA, Guedes CAV. Terapia de restrição e indução ao movimento no paciente com AVC: relato de caso. *Rev Neurocienc*. 2010; 18(1):18-23.
3. Moragas RM. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. Portal do Envelhecimento [periódico na Internet]. 1997 [acesso em 2017 Fev]. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/carreiras/item/1830-gerontologia-social-envelhecimento-e-qualidade-de-vida>.
4. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000; 58(1): 99-106.
5. Ribeiro LCC, Alves PB, Meira EP. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Cienc Cuid Saude*. 2009; 8(2):220-227.
6. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(04): 1065-9.
7. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 20 Fev 2017];21(Spec):{09 telas}. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf.
8. Nunes JT, Nunes JT, Marinho ACV, Fernandes MNF. Reflexões sobre os cuidados de enfermagem a idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*. 2014; 17(1):355-373.
9. Candido MCFS, Pedrão LJ. Visita domiciliar ao portador de transtorno de humor: relato de experiência. *Paidéia*. 2005; 15(30): 141-145.
10. Garces SBB, Costa FTL, Rosa CB, Brunelli AV et al. Relatos de experiência: (com) vivência com idosos que apresentam Alzheimer. *Estud. interdiscipl. envelhec*. 2011; 16(edição especial): 421-431.
11. Mileski ME, Pastre TM, Resende TL. Efeitos da eletroestimulação e da facilitação neuromuscular proprioceptiva na marcha de hemiparéticos. *Revista Ciência & Saúde*. 2013; 6(01): 29-36.
12. Marques Filho J. Relacionamento médico-paciente. *Ver. Bras. Reumatol*. 2003; 43(04): 238-9.
13. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(1):115-21.

14. Almeida SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Rev Neurocienc.* 2012; 20(4): 481-2.
15. Chaves DBR, Costa AGS, Oliveira ARS, Silva VM, Araújo TL, Lopes MVO. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós-acidente vascular encefálico. *Rev RENE.* 2013; 14(5):877- 85.

O adoecimento de cuidador familiar em caso de paciente em tratamento paliativo: relato de experiência

Rachel Lorentino **RIBEIRO**¹, Aldo Roberto **FERRINI FILHO**¹, Jéssica Rodrigues **NOGUEIRA**¹, Aluzio de Mendonça Costa **FERRINI**¹, Victor Hugo Alves **CAMPOS**¹, Cristiano Ricardo Martins **TEIXEIRA**¹, Danilo Martins **BRITO**², Marcia **SILVA DE OLIVEIRA**³

Resumo

A dependência física e emocional do idoso, somada a alguma doença acarreta impactos importantes no âmbito da qualidade de vida e torna a pessoa idosa cada vez mais incapacitada. Ao receber o diagnóstico de câncer de um ente querido, toda a estrutura familiar sofre alterações, principalmente o membro que se dedicará aos cuidados do paciente. O objetivo desta pesquisa é demonstrar a percepção de uma cuidadora informal de paciente em cuidados paliativos e as alterações ofertadas por esse acometimento na família pela visão de estudantes de medicina. Durante a pesquisa foi constatado que mesmo com o diagnóstico de uma condição paliativa, a esperança de uma possível cura sempre se mostra presente nas pessoas que cercam o paciente, os impactos na vida da cuidadora familiar foram fortes, principalmente pelo fato desta estar presente a idosa durante as etapas de tratamento.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Cuidador. Idoso.

¹Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

²Médico formado na Universidade Federal do Pará – PA. Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem – Instituto de Diagnóstico por Imagem – SP.

³Mestre em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – UnB – DF. Docente do Curso de Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

Submetido: 30 de abril de 2017. **Aceito:** 30 de maio de 2017.

Como citar este artigo: Ribeiro RL, Ferrini Filho AR, Nogueira JR, Ferrini AMC, Campos VHA, Brito DM, Silva de Oliveira M. O adoecimento de cuidador familiar em caso de paciente em tratamento paliativo: relato de experiência. AMLAT. 2017 Jan-Jun;1(1):24-28.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Rachel Lorentino Ribeiro
Endereço: Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – FACIPLAC, Gama – DF. CEP 72.445-020
Telefone: (61) 3035-1805
E-mail: rribeiro22@hotmail.com

Categoria: Relato de Experiência
Área: Saúde pública

Introdução

A dependência física e emocional do idoso, somada a alguma doença acarreta impactos importantes no âmbito da qualidade de vida e torna a pessoa idosa cada vez mais incapacitada, requerendo cuidados cada vez maiores e maior atenção¹.

O cuidador pode ser denominado informal quando tem seu papel assumido por um integrante da família ou da comunidade, e formal, aquele profissional com formação específica ou contratado².

O familiar quando é eleito como cuidador tem que se dedicar ao doente por um longo período de tempo, todo esse cuidado acarreta certa abdicção de sua própria vida na missão de proporcionar o maior bem-estar do paciente, atendendo às suas necessidades, como: transporte, cuidado físico, apoio emocional e mobilidade³.

Existe na literatura, a marcada presença de estudos a respeito do comportamento e necessidades de cuidadores na trajetória de adoecimento de pacientes com câncer – denominado na literatura de “jornada do câncer”. Atualmente, está estabelecido que as necessidades dos cuidadores vão se distanciando e diferenciando das do paciente, na medida em que o paciente oncológico se encaminha para uma fase avançada e terminal de sua doença⁴.

O papel do cuidador ultrapassa os limites de um simples acompanhante das atividades básicas diárias dos indivíduos, contudo a grande maioria dessas pessoas que

atuam cuidando de outras, seja no subtipo formal ou principalmente no informal, não possuem preparo adequado ou suporte para lidar com os cuidados designados².

Na literatura atual, é evidenciado que a quase totalidade de pessoas que integram o grupo de cuidadores, são familiares, como principalmente as esposas, maridos e filhos. Estes se encontram nesta situação de maneira repentina, tendo que muitas vezes realizar o ato de cuidar, sem preparo ou suporte¹. Esta pesquisa foi desenvolvida e realizada, com o intuito de entender os efeitos e danos, devido sobrecarga sofrida pelo cuidador informal de um paciente oncológico paliativo.

Revisão de literatura

No Brasil, a partir dos processos de transição demográfica e epidemiológica, caracterizados principalmente pelo envelhecimento da população e aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, nota-se o surgimento de grupos populacionais com limitações nas atividades cotidianas e maiores necessidades de cuidados à saúde².

O ato de cuidar de um paciente idoso no domicílio acarreta importante presença de ônus ao cuidador e a sua família. Em relação ao cuidador familiar, existe uma vasta literatura que solidifica a existência de sobrecarga a estas pessoas, e que os cuidadores apresentam uma exaustiva e fatigante atividade de cuidados diários⁴.

O lar e a família são, respectivamente, considerados como a zona e o complexo ideais, para que a vida e as posteriores experiências sejam satisfatórias, tendo como base os próprios valores culturais transmitidos nesses ambientes⁵.

Os cuidadores familiares abdicam em muitos casos das suas profissões, das atividades de lazer e do seu autocuidado, o que pode levar a prejuízos na sua qualidade de vida e no cuidado prestado ao idoso⁶. Entretanto, a família nem sempre apresenta a capacidade de se adaptar para cuidar do idoso, e devido a este fato, o ente mais próximo, ou aquele que disponha de maior disponibilidade, assume o papel do cuidado integralmente, sem necessariamente estar capacitado o suficiente, repercutindo assim

em consequências desfavoráveis à vida do cuidador⁵.

O desfecho final em grande parte dos pacientes dependentes e que necessitam de cuidados integrais ou de cuidadores é a morte. O morrer se apresenta como uma construção social, pode ser vivido de distintas formas, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência, pois esses valores são influenciados pelo momento histórico vivenciado e pelos contextos social e cultural⁷.

Relato de experiência e Discussão

As etapas de intervenção

Pesquisa de campo do tipo relato de experiência realizada com cuidadora familiar de paciente idosa que necessitou de cuidados paliativos, durante a monitoria da disciplina de Interação Comunitária (IC). Pesquisa realizada no âmbito acadêmico da faculdade de medicina da FACIPLAC durante fevereiro e abril de 2017. Partindo das atividades propostas pela IC, uma disciplina que objetiva um estudo de forma integral o acompanhamento da comunidade, bem como a reciprocidade de aprendizado entre a comunidade e a faculdade de medicina.

Durante a realização da pesquisa foram alcançadas as etapas de desenvolvimento que consistiam na busca do histórico familiar da cuidadora com a idosa, bem como a relação afetiva entre ambas, levantamento do seu estado de saúde prévio e posterior ao descobrimento da neoplasia e os impactos do descobrimento da patologia pela cuidadora. Todas as etapas tiveram como desfecho a demonstração da percepção dos impactos na vida da cuidadora, com foco integral a saúde desta.

O delineamento do caso da idosa dependente de cuidador

Paciente 78 anos, do sexo feminino, apresenta como primeiros sintomas alternância entre diarreia e constipação somadas a perda ponderal, omitiu da família por medo do diagnóstico. Após um período de aproximadamente 7 meses, iniciou quadro de enterorragia volumosa que a fez procurar

assistência médica e de familiares. A colonoscopia da ocasião revelou adenocarcinoma tubular colorretal, outros exames complementares, como tomografia computadorizada e radiografia de tórax detectaram imagens sugestivas de metástases pulmonares.

Após realizado o diagnóstico da neoplasia incurável, e posterior seguimento paliativo para a patologia foram pesquisados cuidadores formais de idosos para acompanhar a idosa durante o tratamento, contudo em decorrência dos custos elevados que iriam somar, a filha se dispôs a acompanhar a mãe, em períodos que necessitaria de ser hospitalizada, e em períodos de recuperação. A cuidadora residia em outro estado, tendo que abrir mão da sua vida profissional e familiar durante o período de cuidado com a idosa.

O tratamento paliativo foi realizado em outro estado por ser a única opção perante acesso ao plano de saúde da idosa. Dentre os procedimentos realizados, a colectomia e a reconstrução de trânsito foram os que propiciaram os melhores resultados na qualidade de vida.

Em seguimento aos procedimentos cirúrgicos, foram iniciadas as longas seções de quimioterapia, envolvendo desgastes físicos e emocionais a idosa. Todo o tratamento teve a duração total de nove meses. Com a evolução da doença, iniciaram diversos sintomas que seriam compatíveis com metástases em outros sítios, como: disfagia, alucinações, crises convulsivas, dispnéia e rebaixamento do nível de consciência.

Durante o início do tratamento foram pré-determinadas dez sessões de quimioterapia, posteriormente a estas sessões foi realizado um exame de PET-CT para um mapeamento de possíveis sítios metastáticos. O exame foi positivo para diversos sítios como pulmão e cérebro. As novas sessões foram negadas pela filha da idosa.

Duas semanas depois, a paciente apresentou crise convulsiva, sendo admitida em serviço hospitalar, onde evoluiu com pneumonia e posterior insuficiência respiratória. A equipe médica interrogou a filha, quanto ao estado emocional e ao possível falecimento da paciente, com a

resposta mais uma vez negativa da filha, a equipe optou pela internação da doente em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Com 72 horas de internação na UTI, paciente apresentou uma parada cardiorrespiratória, foi realizada reanimação, porém sem sucesso. Filha recebe notícia na madrugada do falecimento.

Os principais desafios da cuidadora familiar

Cuidadora e filha, 52 anos, sexo feminino, contadora e residente no estado do Pará. Durante as entrevistas foram colhidas informações referentes aos principais aspectos e desafios encontrados por esta durante o acompanhamento da idosa durante os nove meses de tratamento paliativo e o desfecho da paciente, o óbito.

Dentre as principais queixas, a dificuldade do acompanhamento interestadual na busca de acesso à saúde, bem como proporcionar uma melhor qualidade de vida para a idosa foi o aspecto de maior peso nos relatos da cuidadora.

Os medos e as angústias encaradas no momento em que a paciente entrava no centro cirúrgico para as cirurgias paliativas trouxeram naquele momento o desespero e os primeiros sentimentos frente à perda da vida da idosa.

A resposta negativa da cuidadora, após a indicação médica das novas sessões de quimioterapia, foi o grande antagonismo após a descoberta da neoplasia. O contraponto em reiniciar um tratamento que anteriormente já trouxe desgaste para a paciente, e a busca por uma maior expectativa de vida para a mesma. Outro conflito com a cuidadora aconteceu frente a internação da idosa em unidade de terapia intensiva, quando esta se viu no momento mais explícito da gravidade do quadro desta e o medo da morte da idosa.

Durante os nove meses após a descoberta do câncer a cuidadora apresentou quadro depressivo, tendo como principal fator causal a impossibilidade de oferecer a cura para a idosa. Mesmo após alguns meses do óbito, a cuidadora ainda se questiona a respeito de ter realizado tudo que estava ao seu alcance para a cura estar presente, desencadeando nesses momentos de reflexão

períodos de tristeza e choros incoercíveis.

A experiência na óptica dos acadêmicos

O seguimento da cuidadora, gerou um misto de sentimentos no estudantes, curiosidade, preocupação e anseio em ajudá-la. Durante a faculdade de medicina, os acadêmicos, sempre vislumbram o estudo da patologia, o doente se apresenta em segundo plano. Neste caso, a equipe médica da idosa não se mostrou preparada para enfrentar as necessidades da cuidadora, ao não se atentarem que os cuidadores, também necessitam de uma atenção médica e interdisciplinar.

Como explicitado na Constituição Brasileira (1988), o suporte a pessoa idosa deve primeiramente ser responsabilidade da família, posteriormente da sociedade e o papel Estado em últimas análises, sempre dando preferência ao domicílio. Normalmente, a relação de cuidado é efetuada pelas mulheres, sendo estas as principais cuidadoras na maioria das sociedades⁶. No caso em questão a cuidadora é do sexo feminino, sendo filha da paciente.

Nem sempre existe a possibilidade de escolha do cuidador, por muitas vezes, familiares se encontram em uma situação de fazer o que é certo, demonstrar gratidão ou até mesmo culpa e obrigação.

Quando o diagnóstico de câncer de um ente querido é noticiado para a família, toda a estrutura familiar sofre alterações, notadamente o membro que posteriormente irá dedicar aos cuidados do paciente oncológico³.

Na sociedade brasileira, no que tange principalmente, a fatores sociais e econômicos das famílias, especialmente em localidades mais carentes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo ou no limite inferior do considerado adequado, o papel do cuidador é estabelecido dentro do próprio domicílio, situação que, geralmente, acaba por provocar transformações na família⁸.

No caso em questão, a cuidadora se incumbiu deste papel na vida da idosa por ser próxima afetivamente e poder se apresentar como um pilar de sustentação e suporte para

proporcionar uma maior qualidade de vida a paciente, sendo este o principal peso que a cuidadora carrega até os dias atuais como sentimento de impotência frente ao caso paliativo.

Dentre os principais sintomas desenvolvidos por cuidadores, podem ser citados: tensão, constrangimento, fadiga, estresse, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da autoestima. Os familiares que acolhem esta função podem entrar em situação de crise, e esta sobrecarga favorece o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que terminam por afetado já abalado bem-estar do cuidador e do doente⁹.

Após longas discussões entre os estudantes foi verificado que o contato integrativo foi de extrema importância para os estudantes e para a cuidadora que já se via sem um ente da família, apresentava traços de humor deprimido.

Evidenciado pelos acadêmicos a extrema importância de um acompanhamento interdisciplinar, com programas de prevenção secundária a transtornos psicológicos, esquemas motivacionais, com enfoque no cuidador familiar, de modo que este tenha um incentivo e um maior encorajamento para superar o óbito na família.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atribui o atendimento às necessidades dos cuidadores como um dos principais objetivos dos cuidados paliativos e estabelece que seja disponibilizado um rico sistema de apoio e auxílio para as famílias durante a doença do paciente e, também, no processo do luto⁷.

Considerações finais

Durante a pesquisa foi constatado com base nas entrevistas realizadas que mesmo com o diagnóstico de uma condição paliativa, a esperança de uma possível cura sempre se mostra presente nas pessoas que cercam o paciente, contudo, com a evolução da patologia, a aceitação ao fato da doença ter como desfecho o óbito se dá de forma gradual e impactante na vida dos entes do paciente. No caso relatado os impactos na vida da cuidadora familiar foram fortes,

principalmente pelo fato desta estar presente a idosa durante as etapas de tratamento.

A troca de experiências entre os estudantes e a cuidadora, após a perda da paciente, foi enriquecedora e traz a

importância de aspectos relacionadas a cuidados paliativos e morte na formação básica de estudantes de medicina.

The illness of family caregiver in case of patient in palliative treatment: experience report

Abstract

The physical and emotional dependence of the elderly coupled with some illness has important impacts on the quality of life and makes the elderly person more and more incapacitated. Upon receiving the cancer diagnosis of a loved one, the entire family structure changes, especially the member who will be dedicated to the care of the patient. The objective of this research is to demonstrate the perception of an informal caregiver of patients in palliative care and the changes offered by this affection in the family by the sight of medical students. During the research it was observed that even with the diagnosis of a palliative condition, the hope of a possible cure is always exist in the people who surround the patient, the impacts on the life of the family caregiver were strong, mainly due to the presence of the elderly during the treatment steps.

Descriptors: Palliative Care. Caregivers. Aged.

Referências

1. Camargo RCVF. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2010; 06(02):231-54.
2. Rafacho M, Oliver FC. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.* A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. 2010; 21(01): 41-50.
3. Ignacio MG, Storti DC, Bennute GRG, Lucia MCS. Aspectos de sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura. *Psicologia hospitalar.* 2011; 9(01): 24-46.
4. Fioriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2004; 50(04): 341-345.
5. Anjos ACY, Zago MMF. Resignação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2014; 67(05): 725-728.
6. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(5):829-38.
7. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(7):3241-3248.
8. Areosa SVC, Henz LF, Lawisch D, Areosa RC. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2014; 15(02): 482-494.
9. Araujo JA, Leitão EMP. O cuidador do paciente em cuidados paliativos: sobrecarga e desafios. *Revista hospital universitário Pedro Ernesto.* 2012; 11(02): 77-81.
10. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto contexto enferm.* 2014; 23(03):600-608.
11. Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista brasileira de enfermagem.* 2011; 64(03): 570-579.
12. Souza, F. Falta de suporte social aumenta a sobrecarga de cuidadores de idosos com doenças psiquiátricas. *Agência USP de notícias.* [periódico na Internet]. São Paulo. 2005. [acesso em 2017 mar]. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/repgs/2005/pags/023.htm>>.
13. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. saúde pública.* 2013; 19(03):861-866.
14. Mendes GD, Miranda SM, Borges MMMC. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista enfermagem integrada.* 2010; 03(01): 408-421.
15. Araujo LZS, Araujo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Revista brasileira de enfermagem.* 2009; 62(01): 32-37.

Vulnerabilidade acrescida da população do Distrito Federal testada para o HIV nos anos de 2015 e 2016

Ana Karoline Martins VASCONCELOS¹, Marcia SILVA DE OLIVEIRA²

Resumo

Este artigo teve como objetivo estabelecer os comportamentos de risco que expõe diretamente as pessoas a uma maior vulnerabilidade para adquirir o HIV. Organizando as informações obtidas nas campanhas de testagens anti-HIV, realizadas na Cidade Estrutural em dezembro de 2015, na Estação Central do Metrô-DF em janeiro de 2016 e no campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília em março de 2016 e a partir dessas informações proceder com um comparativo entre ambas as testagens obtendo as respostas da existência ou ausência dos comportamentos vulneráveis na população de Brasília.

Palavras-chave: HIV. Aids. Vulnerabilidade. Distrito Federal.

¹Biomédica pela Universidade Paulista – UNIP.

²Mestre em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – UnB – DF. Docente do Curso de Medicina das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.

Submetido: 30 de abril de 2017. **Aceito:** 30 de maio de 2017.

Como citar este artigo: Vasconcelos AKM, Silva de Oliveira M. Vulnerabilidade acrescida da população do Distrito Federal testada para o HIV nos anos de 2015 e 2016. AMLAT. 2017 Jan-Jun; 1(1):29-33.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Ana Karoline Martins Vasconcelos
Endereço: QI – 07 Bl A apt 101. Guará I – DF. CEP 71020-016
Telefone: (61) 8326-0175
E-mail: anaka100@gmail

Categoria: Levantamento de dados
Área: Epidemiologia

Introdução

Na década de 80 a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), ficou conhecida pelo mundo. Tornou-se uma epidemia em pouco tempo representando um marco para a sociedade na época e que se manifesta ainda nos dias atuais¹; manteve focos de disseminação por todos os continentes, independente de sexo, raça, idade, cor, credo ou orientação sexual^{2,3}. A epidemia que foi gerada pelo vírus da imunodeficiência humana em uma das suas causas mais determinantes para a proporção que teve veio principalmente do comportamento humano individual e coletivo¹.

No Brasil, observada a evolução da Aids, evidencia-se a tendência de juvenização da epidemia, ou seja, ocorreu o aumento da distribuição entre crianças e adolescentes

convivendo com o HIV³.

A Aids, doença que afeta o sistema imunológico, se dá pela infecção do HIV, vírus que causa destruição dos linfócitos T CD4. A falta desse tipo de célula diminui a eficiência do corpo em se defender de doenças oportunistas, desencadeadas por microrganismos que normalmente não trariam males para pessoas com o sistema imune normal⁴.

Dentre as formas de transmissão podem ser citadas as de contato direto com sangue, esperma, secreção vaginal, leite materno, parto normal e transfusão de sangue infectado⁵.

A via sexual é a principal forma de se contrair o HIV, mas especificamente sexo anal, fator pelo qual prioritariamente a doença era marcadamente reconhecida por pessoas do gênero masculino, com a prática de sexo homossexual, ou também chamado de HSH (homens que fazem sexo com outros homens), podendo citar também as transexuais e travestis^{5,6}.

Nos últimos anos essa categorização foi revogada e o quadro epidêmico do HIV e da Aids atinge agora vários tipos de grupos, caracterizado pelos processos de heterossexualização, feminização e aumento do número de jovens, associados ao aumento de incidência entre populações mais vulneráveis socioeconomicamente por submeterem-se a diversos comportamentos de risco inconscientemente^{1,7}.

As pessoas de maior idade, acima dos 50 anos, também entram no quadro de

peças que se expõe de forma acrescida ao vírus, pois com a descoberta dos medicamentos que melhoram o desempenho sexual, aumentou o número de relações entre adultos maiores de 50 anos. Aliado a isto, e ao costume não habitual do uso do preservativo contribuiu para o aumento da incidência do HIV nesta faixa etária. E muitos destes, juntamente com os critérios já citados, também se confirmam com o adiamento na realização do teste anti-HIV, por se considerarem um grupo com menor risco de contrair a doença⁸.

No que tange a prevenção, implicações para novas estratégias, delimita a mudança do pensamento em classificar os riscos a exposição do HIV nos termos de grupos populacionais e concentrar os estudos em contextos de intersubjetividade, onde, se delimita um espaço de interação para geradores de vulnerabilidade, a fim de construir caminhos que reduzam essa propensão⁹.

As mudanças contextuais observadas na abordagem epidemiológica que de antes tratado como “grupo de risco” para “comportamento de risco” e ultimamente para “vulnerabilidade” permitiram ampliar o foco de prevenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados¹⁰.

Entende-se por vulnerabilidade: “a situação resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde”⁶.

Os diferentes graus de suscetibilidade em critérios individuais e coletivos frente à infecção, o adoecer e em certos casos a morte pelo HIV ressaltam ampla indagação a respeito dos padrões culturais tradicionalmente aceitos¹¹.

Observado esta questão, a atenção que o adolescente, o idoso e os adultos em

geral merecem encontram-se prejudicadas, faltam políticas preventivas e de informação e devido a esta carência demonstra-se a existência de várias populações que se tornam possíveis alvos do vírus.

Sendo assim, retirado a existência de um determinado grupo dentre a sociedade que possua maiores chances de se infectar com o vírus da Aids é voltada a atenção para os devidos comportamentos de cada um.

Como tratar desse assunto ainda é considerado um tabu para uma grande parte da sociedade, que acabam por ignorar certas tomadas de providência na área de segurança, tanto em casa com seus familiares em uma relação mais íntima, onde muitos não tratam sobre o assunto com seus filhos, e também nas instituições de ensino que falham nas políticas de educação sexual para os adolescentes^{4,12}, (com diferenças também para o conhecimento científico do conhecimento didático, quando em poucos casos são tratados de forma fidedigna um com o outro)⁴ sendo um agravante da situação se o jovem for homossexual¹³, o preconceito ainda existente e a correlação da doença com este público, diminui e dificulta programas de segurança para esta classe³. Juntamente com os jovens, outro grupo que também possui deficiência do assunto é a população mais velha, que já vem de uma carência de informação da época jovem de sua vida e que dificilmente vai atrás, de saber, quais métodos preventivos estão disponíveis².

Persistem também problemáticas relativas à compreensão desse contexto de prevenção nas relações pessoais, nos fatores que interferem no estabelecimento e na manutenção das alianças conjugais e relacionamentos afetivos-sexuais¹⁰.

Com relação a preocupação e a atenção que o ser humano precisa, esse trabalho tem o foco mais preventivo e de orientação do que demonstrar apenas os resultados obtidos dos dados colhidos e do diagnóstico dos indivíduos em estudo, visando mais a transcorrer às deficiências de conhecimento de cada cidadão do que apenas fornecer um laudo positivo ou negativo. Alertando a população do Distrito Federal, tanto os jovens quanto adultos, perante aos riscos que estão se submetendo; atentar-se em uma possível existência de falta de

preocupação com os métodos preventivos; por quais meios estes públicos andam se expondo ao vírus e se o grau de informação influencia de alguma forma na atitude de preventiva.

Espera-se, a realização de um demonstrativo sobre quais pessoas estão mais interessadas em procurar saber a sua sorologia e o perfil de cada pessoa que procura realizar o teste; e no critério informação, se as pessoas, com menos acesso e as que nunca haviam realizado o teste estão se protegendo em comparação as pessoas que possuem maior acesso ao conhecimento.

Atingindo públicos variados pode-se obter as respostas plausíveis se eles estão se expondo ou não ao vírus da imunodeficiência humana e quais métodos preventivos utilizam.

Com a percepção de comportamentos de risco dentre os públicos testados do Distrito Federal, este estudo visa a conscientização desta população e da população de um modo geral, jovens e adultos, alertando da importância dos métodos de prevenção, da utilização deles e de forma correta, da informação acessível visando a diminuição dos riscos e das principais formas de transmissão a fim de não se observar o aumento de pessoas soropositivas.

Discussão

Para a testagem da Estrutural, foi montado de acordo com os resultados obtidos dos questionários, o seguinte perfil: Homens, heterossexuais, com o primeiro grau, de 5ª a 8ª série, de idade entre 26 a 35 anos e com suas atividades sexuais ocorrendo de forma desprotegida. E para as participantes femininas, têm-se o seguinte modelo: Mulheres, heterossexuais, contendo o segundo grau completo, com idade igual ou acima dos 36 anos de idade e com vida sexual acontecendo com ausência do preservativo.

Portanto, ambos os sexos possuem uma rotina sexual sem camisinha, mesmo que os homens possuam um nível de instrução menor que o das mulheres, os dois ignoram utilizar esse método de prevenção. A grande porcentagem dos homens são casados, fator que intensifica ainda mais a desproteção. Porém, ao contrário do público masculino, o

feminino em sua maioria são solteiras, o que eleva a preocupação por não estarem se protegendo, visto que, grande parte de suas relações podem ocorrer de forma casual.

Na testagem do Metrô em relação ao público masculino analisado, pôde-se verificar o seguinte perfil: jovens homens, heterossexuais, possuindo o segundo grau completo, em seu nível de instrução e que se sentem expostos ao HIV por terem tido relações sexuais sem camisinha. Quanto as mulheres, o perfil levantado é o seguinte: Mulheres jovens e também uma significativa presença de mulheres mais experientes (acima dos 45 anos), contendo o segundo grau completo e que mantêm relações íntimas desprotegidas.

Ou seja, mesmo a população tendo um bom grau de instrução, ainda assim é observado uma ignorância quanto ao uso do método preventivo não só para a Aids quanto para outras DSTs. Outro ponto interessante dessa população analisada, é a presença de mulheres casadas com idade igual ou maior que 45 anos. Essas mulheres mesmo estando em uma relação única com seus maridos, ainda se sentem inseguras a possíveis atitudes extra-conjugais dos seus parceiros e mesmo existindo esse porém, elas não exigem o uso do preservativo.

E para a testagem da UnB, o perfil o perfil levantado para os homens, foi: jovens homens, divididos em hetero e homossexuais, com o superior incompleto ou no caso cursando, e matendo suas atividades sexuais sem proteção. E o perfil apresentado pelas mulheres foi: Jovens mulheres, heterossexuais, também com o segundo grau incompleto, ou cursando e com vida sexual ocorrendo de forma desprotegida.

Para essa testagem foi demonstrado uma mudança nas relações ocorridas com os homens em relação as outras testagens, que apresentavam homens se relacionando somente com mulheres. Outro ponto diferente dessa testagem é o nível de instrução dos participantes e a idade mais jovem, pelo fato de serem em sua maior quantidade, estudantes. Porém o mesmo perfil referente a exposição e/ou comportamento de risco foi observado em comparação as outras testagens, ambos os sexos possuem sua rotina sexual acontecendo

com ausência do preservativo.

Considerações Finais

Tendo em vista a análise dos dados, não é possível delimitar um público mais vulnerável, pois observando o critério grau de instrução, foram atendidas diversas pessoas, dentre elas com níveis básicos e elevados de conhecimento e ambas afirmam terem tido suas relações sexuais desprotegidas.

Outro ponto analisado foi a idade, que também não se pode definir uma faixa etária mais propícia a exposição, pois, as pessoas com 18 anos e as com mais de 45 anos, também realizavam suas práticas sexuais sem o uso do preservativo.

Correlacionando aos parceiros sexuais, tanto os heterossexuais como homossexuais não faziam o uso da camisinha em suas relações sexuais.

Tiveram em menor quantidade a presença de indivíduos que não relatavam risco biológico, ou por usarem camisinha, ou por não terem se relacionado sexualmente no período analisado.

Outra questão que pôde ser respondida com esse estudo, é referente a mudança do público atual para o do início da epidemia, quando associavam a Aids com homens que faziam sexo com outros homens e a ocorrência da heterossexualização, visto o aumento da população portando o vírus e a procura também desse público quanto ao descobrimento de sua sorologia. Mesmo as testagens realizadas não resultando em nenhum caso positivo, a maior procura em realizar o teste, foram de pessoas, tanto homens quanto mulheres, heterossexuais.

Houve uma maior procura do sexo

masculino na realização dos testes rápidos, em todas as cidades analisadas neste trabalho, seja para descobrir a sua sorologia ou por terem tido algum tipo de comportamento que os facilitariam para adquirir o HIV.

Em relação as mulheres que se sentiam expostas, um critério já apresentado neste projeto, estava ligado ao fato de não confiarem na vida sexual de seus parceiros estáveis, se sentiam inseguras e procuraram realizar o teste para saber se possuíam ou não os anticorpos anti-HIV, por conta dos seus parceiros. Já outras mulheres que também se sentiam expostas, mas que dessa vez não estavam em uma relação estável, admitiam não cobrar o preservativo em suas relações casuais.

A mais relevante atitude levantada é a despreocupação da população do Distrito Federal nessas três localidades testadas com o uso da camisinha, muitos se expõem há situações de risco devido a este simples fator. O preservativo é distribuído de forma gratuita em postos de saúdes, ONGs e projetos que tratam sobre DSTs tudo isso para facilitar o acesso da população em se prevenir, porém mesmo existindo esse incentivo, a procura é baixa devido ao fato de muita gente ainda desconsiderar a importância do uso da camisinha nas suas relações estáveis e casuais.

Increased vulnerability of the population of the Federal District tested for HIV in the years 2015 and 2016

Abstract

The aim of this article was to establish the risk behaviors directly exposes the people to a greater vulnerability to acquiring HIV. Organizing the information obtained in the HIV testing campaigns, performed in the Estrutural city in December 2015, at the Metro-DF central station January 2016 and at the campus Darcy Ribeiro of the Brasília University in march 2016 and from this informations proceed with a comparative of the tests anti-HIV obtaining the answers of the existence or absence of vulnerable behaviors in the Brasília population.

Descriptors: HIV. Aids. Vulnerability. Federal District.

Referências

1. Brito AM, Castilho EA e Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000, mar-abr; 34(2): 207-217.
2. Poletto PMB. Educação em saúde em sala de espera: uma estratégia de cuidado à criança que vive com HIV/aids [dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Curso de Enfermagem da Universidade Federal, 2014.
3. Ayres JRCM. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/aids: a escola e a construção de uma resposta social. In: Silva LH, [org]: *A Escola cidadã no contexto da globalização*. 2000; 413-423.
4. Bellini M, Frasson PC. Ciências e seu ensino: O que dizem os cientistas e os livros didáticos sobre o HIV/aids? *Revista Ciência & Educação*. 2006; 12(3): 261-274.
5. A Prescrição. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa das Nações Unidas contra o HIV/AIDS (UNAIDS). Divisão de Programa do UNICEF, 2 UN Plaza, Nova Iorque 10017. Copyright UNICEF 1998.
6. Vergara TRC, Barros PF. Transmissão Sexual do HIV. *Tendências em HIV • AIDS 2007*; 1(4): 17-24.
7. Sumikawa ES, Motta LR, Inocêncio LA, Ferreira LAP, Bazzo ML, Franchini M. Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais 2010; 98.
8. Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *DST – J bras Doenças Sex Transm 2007*; 19(2): 75-79.
9. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*. 2002; 6(11): 11-24.
10. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista Saúde Pública* 2008; 42(2): 242-8.
11. Gonçalves EH, Guilhem D. Leitura bioética das campanhas educativas governamentais de prevenção ao HIV/Aids e sua aplicabilidade às mulheres casadas. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(2): 292-300.
12. Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77(2): 125-133.
13. Valente TRT. A Saúde do Adolescente Homossexual. *Artigo de Revisão – FMUC 2014/2015*.