



**A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATIVA, APLICANDO O ARCO DE  
MAGUEREZ A UM PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA INFANTIL:  
relato de experiência**

*Amanda Braollos Silva*<sup>1</sup>

*Ana Carolina Da Costa Ferreira*<sup>1</sup>

*Tainara Ribeiro Lima*<sup>1</sup>

*Robson Ribeiro Rezende*<sup>2</sup>

**RESUMO: Introdução:** A atenção básica de saúde tornou-se essencial para que a formação profissional tenha um alicerce tanto crítico, quanto reflexivo e preparado para atuar em equipe. No que se refere a atuação dos alunos em graduação na atenção básica se torna uma aprendizado diversificado. **Metodologia:** revisão de bibliografia e análise crítica de trabalhos pesquisados eletronicamente por meio do banco de dados Scielo, **Discussão:** Paralisia infantil é uma doença infectocontagiosa descrita como uma perda da função motora decorrente de uma lesão do sistema nervoso central com predileção por nervos motores. Segundo o Ministério da Saúde esta patologia é erradicada desde o início dos anos 90. Apresentam maior frequência acometimento em crianças, porém pode ter ocorrências em adultos. **Conclusão:** Diante de toda as informações apresentada neste trabalho, conclui-se que a humanização na assistência à saúde tem como base a necessidade de estreitar as relações interpessoais busca-se uma saúde multiprofissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica de Saúde. Paralisia Infantil. Erradicada.

## **1 INTRODUÇÃO**

O SUS surgiu devido a necessidade de um modelo diferente da assistência curativa e individual, é o modelo público de atenção à saúde no Brasil, surgiu nos anos 90. A atenção básica de saúde tornou-se essencial para que a formação profissional tenha um alicerce tanto crítico, quanto reflexivo e preparado para atuar em equipe (BRASIL, 2000, CAMPOS *et al.*, 2001; PRADO *et al.*, 2012).

Ao se tratar de saúde básica e a relação profissional-paciente, observa-se uma elevação exponencial desse contato. Nos dias atuais fala-se muito sobre a humanização na assistência à saúde. Tendo isto como base e a necessidade de estreitar uma relação para se

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser, no 1º semestre de 2018.

<sup>2</sup> Preceptor do curso de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser e orientador do presente trabalho.

entender e aprimorar as relações interpessoais busca-se uma saúde multiprofissional, almejando alcançar os objetivos propostos (CAMPOS *et al.*, 2001).

Nesse diapasão, os Ministérios da Saúde e Educação observaram a importância de estimular e incentivar as Universidades, Faculdades e serviços de saúde não hospitalizados com programas como: 1. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas. 2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. 3. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (CAMPOS *et al.*, 2001; PRADO *et al.*, 2012).

No que se refere a atuação dos alunos em graduação na atenção básica se torna uma aprendizado diversificado, pois não é limitado ao conhecimento teórico e sim há uma relação entre a própria realizado do paciente quanto as suas necessidades e condições especiais específicas de cada paciente (FALCÃO, 2006).

Ao realizar projetos de extensão no curso superior é de fundamental importância no que se refere a transformação do processo de ensino e aprendizado. Além de torna-se uma elo entre a instituição e a UBS/ Comunidade. Portanto, observa-se uma aproximação com a realidade da área do qual está sendo realizado o estágio ou na extensão, avalia a realidade onde o paciente está inserido, suas maiores dificuldades e os demais aspectos que o influenciam (FALCÃO, 2006; PRADO *et al.*, 2012).

A relevância da educação com base nas interdisciplinaridade poderá alcançar para que os profissionais se tornem mais comprometidos, críticos acerca da importância da atuação dos graduandos na atenção básica de saúde (HENNINGTON, 2005).

O estudo deste trabalho justifica a necessidade da avaliação da formação profissional dos acadêmicos de medicina sobre a realidade da paciente V. F. S. M.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Desenvolver uma correlação entre a Unidade Básica de Saúde e o acompanhamento da paciente adotada por acadêmicos de medicina no período do 1/2018 para que haja uma maior aproximação, relação e cuidado com os futuros pacientes.

## 2.2 Objetivos Específicos

- Alcançar as intervenções necessárias para que se obtenha uma qualidade de vida da paciente com o apoio de seus familiares;
- Desenvolver a hipóteses de solução e aplicação a realidade.

## 3 METODOLOGIA

Foi realizada um relato de caso utilizando-se os descritores de arco de maguerez: paralisia infantil, nos indexadores: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Google Acadêmico.

Como critérios de seleção foram considerados os artigos na íntegra e em língua portuguesa e os princípios do arco de maguerez que abordaram sobre a humanização dos acadêmicos de medicina com a realidade do paciente.

Critérios de exclusão são artigos de linha inglesa, francesa, espanhola.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Primeira Etapa: observando a realidade

V. F. S. M., 55 anos, aos 6 meses foi diagnóstica com paralisia infantil, acometendo membro superior e inferior direito, acompanhada de atrofia em mão direita e dificuldade de locomoção. Iniciou a dar os primeiros passos aos 7 anos de idade. Aos 17 anos começou a ler e escrever na APAE. Paciente trabalhou como doméstica, casou e teve G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>N<sub>1</sub>C<sub>A</sub>0. **Antecedentes pessoais:** em 1990 paciente apresentou úlcera varicosa, infecciosa, fez uso de bezatacil associado a antibióticos. Ficou 19 dias internada com febre aferida de 40 °C. Em 1997, diagnosticada com depressão, ansiedade. Em 1990, Erizipela, fez tratamento durante 3 anos. Foi traída pelo marido em 2017. **Antecedentes familiares:** Pai com Diabetes Mellitus. Avós e 3 tios paternos: Hanseníase. **Hábitos de vida:** sedentária, o lazer é assistir novela e ir a igreja (Evangélica). **Medicações em uso:** Haldol, 5 mg, 1 comprimido; Cloridrato de Prometazina, 25 mg, 1 comprimido. **Exame físico: Dados Gerais:** REG, corada, bradipneico, afebril, anictérica, acianótica, decúbito preferível: lateral esquerda, postura: sofrível, pulso: 90

bpm, altura:1,61 m, peso: 118,4 kg; IMC: 45,67, obesidade grau III; Mucosas: normalmente coradas. **Pele:** leucodermo, umidade: seca, textura: áspera. Edema em membros inferiores. **Exames de linfonodos:** linfonodos pré-auriculares, retroauriculares, occipitais, amigdalianos, submandibulares, cervicais, supraclaviculares não palpáveis. **Cabeça: crânio:** típico; facie mixadematoso. **Olhos:** megalocórneas. **Nervo óptico e oculomotor:** Pupilas são fotorreagentes através dos reflexos fotomotores direto e indireto. **Nervo troclear:** reflexo de acomodação e convergência. **Nervo abducente:** integridade da musculatura ocular. **Boca:** presença de 7 dentes, não faz uso de próteses. **Exame da traqueia e tireoide: inspeção da traqueia:** sem presença de desvios da linha média. **Inspeção da tireoide:** simétrico e palpável. **Aparelho respiratório: inspeção estática:** tórax atípico. **Inspeção dinâmica: frequência:** dispneia. **Expansibilidade: manobra de Ruault:** assimetria de amplitude. **Frêmito toracovocal em ápice e base:** diminuído. **Ausculta:** murmúrio vesicular diminuído sem ruídos adventícios. **Aparelho cardiovascular:** Ritmos cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopros. **Exame do abdome: inspeção:** abdome globoso. Presença de estrias na parede abdominal. Cicatriz cesariana. **Ausculta:** hipoperistáltico. **Percussão:** dentro dos padrões de normalidade. **Palpação:** dor a palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito e esquerdo, fossa ilíaca direita. **Exame das mamas: inspeção estática:** mamas flácidas, grandes, com estrias. **Inspeção dinâmica:** sem alterações. **Exame axilar:** sem linfonodomegalia. **Palpação:** sem nódulos palpáveis. **Exame neurológico: inspeção:** marcha escarvante. **Estática:** Sinal de Romberg: não está presente. **Força:** diminuição da força dos membros inferiores e força dos membros superiores preservada. **Manobra de Mingazzini:** decaimento dos membros. **Tônus:** diminuído nos MMII. **Coordenação: teste dedo-nariz:** preservado. **Teste calcanhar – joelho –canela:** comprometida. **Sensibilidade:** preservada. **Teste de nervos cranianos:** todos preservados.

#### 4.2 Segunda Etapa: Pontos-Chaves

- Paralisia infantil
- Depressão
- Obesidade
- Divórcio
- Baixa autoestima
- Dificuldade de vida básica e instrumental

□ Sedentarismo

#### 4.3 Terceira Parte: teorização

Paralisia infantil conhecida também como poliomielite é uma doença infectocontagiosa descrita como uma perda da função motora decorrente de uma lesão do Sistema Nervoso Central com predileção por nervos motores. De acordo com o Ministério da Saúde esta patologia é erradicada desde o início dos anos 90. Com o avanço da tecnologia e novas descobertas das vacinas nos últimos cinquenta anos vários estudos observaram que paciente em já tiveram poliomielite estão tendo uma expectativa de vida. Apresentam maior frequência acometimento em crianças, porém, pode ter ocorrências em adultos (MILLER; CLARK, 1998; HEMMING *et al.*, 2006; HULL *et al.*, 1994).

O polivírus é o agente etiológico da poliomielite pertencente da família *Picornaviridae* e do gênero *Enterovirus*, possuindo três diferentes sorotipos (1, 2 e 3). O período de incubação varia em torno de sete a doze dias podendo várias de dois a trinta dias. Pode apresentar de forma subclínica em que representa a grande parte dos pacientes infectados, tendo apenas poucos sintomas ou ausências deles. Quando possui sintomas leves são correspondentes a de infecções do trato respiratório ou infecções gastrointestinais como: febre, amidalite, náusea, vômitos, dor abdominal e raramente diarreia. Na forma mais grave, que é a forma paralítica, tem grandes chances de evoluir para sequelas irreversíveis, como insuficiência respiratória até a morte. Esta forma acomete somente 1% dos pacientes infectados. Caracterizada com diminuição ou perda da força muscular e dos reflexos com alteração na sensibilidade nos membros inferiores de forma assimétrica e desproporcional (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007; CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2000).

Felizmente com a erradicação em 1989 através das campanhas de vacinação é raridade encontrar crianças com manifestações desta doença. Porém, aquelas que foram acometidas no passado, hoje sofrem os efeitos tardios. Diante de várias consequências deixadas pela poliomielite se destaca a síndrome pós-poliomielite (SPP). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem aproximadamente 20 milhões de pessoas em todo o mundo com algum grau de limitação física em consequência a poliomielite. Estimam cerca de 60% dos pacientes com sequelas de poliomielite paralítica e 40% dos pacientes não paralíticos adquirem a SPP (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002; PARSONS, 1991; NEE *et al.*, 1995).

A SPP é uma alteração do Sistema Nervoso que manifesta em pacientes que já foram infectados pelo poliomielite de 30 a 50 anos, no mínimo 15 anos após a infecção aguda da poliomielite. É uma síndrome de neurônio motor degenerativo e progressivo, composta por três sintomas principais, que são: dor, fadiga e fraqueza muscular (OLIVEIRA; MAYNARD, 2002; OLIVEIRA; QUADROS; CONDE MONICA, 2004).

Uma pequena porcentagem dos pacientes infectados pela poliomielite aguda leve que teve sintomas típicos e uma recuperação clínica ótima tem chance de desenvolver SPP, todavia é mais associada a uma história de poliomielite aguda grave. Existem diversos fatores de risco relacionado ao aparecimento da SPP, como: pacientes com formas de paralisias mais severas; poliomielite aguda em idade mais avançadas; acometimento respiratórios ou bulbares precoce (DALAKAS; ILLA, 1991).

A SPP é ocasionada pelo uso excessivo dos neurônios motores ao longo dos anos e não por uma nova atividade do vírus da poliomielite, esta é a hipótese mais aceita dentre as várias causas de SPP proposta. Cerca de 50% dos neurônios motores do corno anterior da medula são mortos, degeneração walleriana, e aproximadamente de 95% sofre alguma danificação. Por causa da morte desses neurônios, a musculatura inervada por ele fica desenergizada gerando a atrofia e paralisia. Mecanismo de compensação é feito por esses neurônios danificados e emitem ramos ou brotamento axonal para tentar inervar novamente este músculo, permitindo recuperação da capacidade de contração e aumento da força. Através deste mecanismo a função neuromuscular pode ser recuperada totalmente ou parcial. A recuperação funcional só é realizada devido a plasticidade neuronal – capacidade de remodelação com surgimento de novas sinapses. Se esses neurônios enviam várias ramificações para várias regiões desenergizada, vai aumentar a demanda e após um período de tempo irá começar a provocar a degenerar, aparecendo um novo quadro de sintomas (OLIVEIRA; QUADROS, 2009; GAWNE; HALSTEAD, 1995; DALAKAS; ILLA, 1991).

Combinação variada de sintomas musculoesqueléticos e atrofia muscular progressiva pós poliomielite são os aspectos clinicamente encontrado nos paciente com SPP. É encontrada no exame físico apenas as fasciculações. Diminuição da resistência, fadiga, dor articular, piora da mobilidade, decorrente de escoliose ou de alteração d postura e aumento acentuado de peso corporal são referentes aos sintomas musculoesquelético, já os referentes a atrofia muscular incluem: piora nas atividades de vida diária como andar, escadas, dirigir, escovar os dentes. Ainda pode estar presente distúrbios do sono, insuficiência respiratória. Associados a esses sintomas geralmente pode apresentar comprometimento emocional, observando sempre depressão, ansiedade e estresse crônico (OLIVEIRA; QUADROS, 2009).

O diagnóstico de SPP é feito através de critérios e temos dois consensos, um criado em 1991 conhecido como Critérios de Hasted e Critérios de Marcho of Dimes de 2001. Em geral, esses critérios avaliam: poliomielite paralitica prévia; recuperação parcial ou completa da função motora e estabilidade motora ou recuperação por pelo menos 15 anos; início gradual ou súbito de nova fraqueza muscular; ter pelo menos dois dos sintomas após período de estabilidade (fadiga, dor muscular ou articular, nova fraqueza muscular, intolerância ao frio, perda funcional, nova atrofia); exclusão de outras patologias que expliquem os sintomas (FARBU *et al.*, 2006; ROWLAND *et al.*, 2000).

Além dos critérios temos os exames laboratoriais como: Hemograma, VHS, PCR, glicemia capilar, função tireoidiana, função renal, função hepática, função neuromuscular, avaliação reumatologia (OLIVEIRA; QUADROS, 2009).

Para melhor tratar a enfermidade requer uma equipe multidisciplinar balanceando as atividades funcionais com descansos. Deve ocorrer uma alteração e busca de novos hábitos, associado a atividade física sob uma forma de poupar dispêndio desnecessários de energia. Também é considerado tratamento farmacológico para melhoras de algumas funções, alívio das dores, alteração do sono. É importante que haja reabilitação física para fraqueza e fadiga muscular (OLIVEIRA; QUADROS, 2009).

#### **4.4 Quarta Etapa: hipóteses de solução**

Após as discussões e teorização dos estudos encontrados sobre o tema, foi possível verificar a necessidade de levar informações sobre obesidade, atividade física, alimentação saudável e depressão. No intuito de colaborar com a resolução desses problemas, foram levantadas as seguintes hipóteses de solução:

1. Orientação sobre atividade física e alimentação saudável, essas são medidas fundamentais para a paciente, pois irá contribuir para a perda de peso, melhorar a deambulação, a dispneia, a qualidade de vida e conseqüentemente ocorrerá a prevenção de possíveis complicações cardíacas, neurológicas e metabólicas.

2. Fornecer informações sobre depressão, expondo as peculiaridades da doença e conscientizar a paciente que essa enfermidade necessita de acompanhamento médico.

3. Desenvolvimento de um folder sobre obesidade, evidenciando suas complicações.  
(ANEXO A)

4. Doação dos seguintes produtos: rubber band, bastão ortopédico de alumínio e fisiopauher, que irão auxiliar no aumento da resistência muscular, fortalecimento do muscular e prevenção de quedas. **(ANEXO B)**

#### **4.5 Quinta Etapa: aplicação da realidade**

Desse modo, após as discussões e as ponderações do grupo, as alternativas para aplicar à realidade foram a terceira e quarta hipóteses de solução, objetivando à orientação da paciente através de folder e doação de produtos que poderão melhorar sua qualidade de vida. Essa iniciativa só pôde ser concluída devido a participação ativa da ACS – Agente Comunitário de Saúde, que auxiliou as alunas durante todas as visitas domiciliares. Assim, tais hipóteses foram realizadas no mês de Maio de 2018.

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de todas as informações apresentadas neste trabalho, conclui-se que a humanização na assistência à saúde tem como base a necessidade de estreitar as relações interpessoais busca-se uma saúde multiprofissional. Baseado nesta aproximação da comunidade e acadêmicos que foi desenvolvido através da metodologia do arco de maguerez este estudo.

Feitos várias análises sobre a paciente estudada chegou-se ao desfecho que é portadora da Síndrome Pós Poliomielite tendo manifestações características como: dor, fadiga e fraqueza muscular. Como consequência da SPP desenvolveu alguns agravos, como, obesidade grau III, dor articular, ansiedade, depressão, dificultando a realização de suas atividades de vida diária.

Buscando proporcionar um aumento da expectativa de vida com qualidade o grupo de acadêmicas de medicina levaram e proporcionaram a realidade desta paciente algumas soluções básicas e iniciais. Todas as hipóteses de solução apresentadas foram bem aceitas pela paciente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 25, n. 2, p. 53-9. 3. maio-ago., 2001.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “PROF. ALEXANDRE VRANJAC” (São Paulo). Poliovírus/Poliomielite. In: **INFORME NET DTA**. 2000. Disponível em: Acesso em 11 maio 2018

DALAKAS, M.; ILLA, I. *Post-polio syndrome: concepts in clinical diagnosis, pathogenesis and etiology.* **Advances in Neurology**, New York, v. 56, p. 495-511, 1991.

FALCÃO, E. F. **Vivência em comunidades:** outra forma de ensino. João Pessoa: Editora Universitária, 2006.

FARBU, E. *et al.* *EFNS guideline on diagnosis and management of post-polio syndrome: report of an task force.* **European Journal of Neurology**, [S.l.], v. 13, p. 795-801, 2006.

GAWNE, A. C.; HALSTEAD, L. S. *Post-polio syndrome: pathophysiology and clinical management.* **Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 147-88, 1995.

HEMMING, K.; HUTTON, J. L.; PHAROAH, P. O. D. *Long-term survival for a cohort of adults with cerebral palsy.* **Deselopmental Medicine and Child Neurology**, v. 48, n. 2, p. 90-5, 2006.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 256-65. jan.-fev., 2005.

HULL, A. F. *et al.* *Paralytic poliomyelitis: seasoned strategies, disappearing disease.* **Lancet**, [S.l.], v. 343, p. 1331-7, 1994.

MILLER, G.; CLARK, G. D. **The Cerebral Palsies: causes, consequence and management.** Butterworth-Heinemann, 1998

NEE, L. *et al.* *Post-polio syndrome in twins and their siblings: evidence that post-polio syndrome can develop in patients with nonparalytic polio.* **Annals of the New York Academy of Sciences**, [S.l.], v. 753, p. 378-80, 1995.

OLIVEIRA, A. S. B.; MAYNARD, F. M. Aspectos neurológicos da síndrome pós-polio. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 31-4, 2002.

OLIVEIRA, A. S. B.; QUADROS, A. A. J.; CONDE MONICA, T. R. P. **Documento técnico da síndrome pós-polio**. São Paulo, jun. 2004.

PARSONS, P. E. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 325, p. 1108, 1991.

PRADO, M. L. *et al.* Refletindo sobre as estratégias de metodologia ativa. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172-7, jan-mar., 2012.

ROWLAND, L. P. *et al.* *March of Dimes International Conference on Post Polio-Syndrome identifying best practices in diagnosis & cure.* **White Plains**, NY: March of Dime, 2000. p. 911.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas/manutenção da erradicação da poliomielite: importância, atividades, rotinas, fluxos operacionais, avaliação e pactuação. [**Documento técnico**]. São Paulo: SES/SP, 2007.