



APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE PROBLEMATIZAÇÃO EM UM IDOSO PORTADOR DA DOENÇA DE CHAGAS

Bruno Leonardo Wadson Silva¹

Igor de Araújo Grande¹

Larissa Godoy Del Fiaco¹

Fernanda Rodrigues Soares²

RESUMO: Durante o período de fevereiro à maio de 2018, os acadêmicos de medicina do sétimo período da Faculdade Alfredo Nasser prestaram assistência à um idoso de 77 anos de idade (FJS), portador de doença de Chagas, através da Metodologia de Problematização em Aparecida de Goiânia-Goiás. O principal objetivo foi observar a realidade de FSJ, propondo uma forma de intervenção para os problemas encontrados. FSJ fazia uso de anti-hipertensivos de forma incorreta e conseqüentemente apresentava níveis pressóricos altos, não fazia acompanhamento médico e não praticava hábitos de vida saudáveis. Através da metodologia da problematização Arco de Magueres e embasamento teórico, foram feitas orientações ao paciente e encaminhamento ao cardiologista, proporcionando efeitos benéficos sobre o mesmo. Concluiu-se que a utilização da metodologia de problematização demonstrou-se eficaz, proporcionando sanar as queixas do paciente abordado, induzindo sua adesão ao tratamento contra a doença de Chagas e melhorando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença de Chagas. Idoso. Atenção primária.

INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é uma antroponose causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), com evolução clínica bifásica. A forma aguda da doença de Chagas muitas vezes não é identificada e evolui na maioria das vezes para a fase crônica, com apresentação em formas indeterminadas, digestiva, cardíaca ou cardiodigestiva. Atualmente, a transmissão por via oral envolvendo alimentos contaminados é a principal via de infecção humana, com surtos em toda a América Latina. Entre os sintomas da fase aguda, destacam-se febre prolongada, quase sempre acompanhada de mal-estar, adinamia, cefaleia e perda do apetite, acompanhados de manifestações sistêmicas, tais como adenomegalias e hepatoesplenomegalias. As manifestações cardíacas variam desde quadros assintomáticos até graus variáveis de insuficiência cardíaca aguda ou choque cardiogênico e morte. O tratamento

¹ Graduando em Medicina.

² Orientadora, graduada em Enfermagem.

da fase aguda com antiparasitários deve sempre ser instituído, pois existem algumas evidências de melhor evolução clínica em relatos de caso (SOCORRO *et al.*, 2016, p. 222).

No Estado de São Paulo, no período de 1985 a 2006, foram identificados 40.002 óbitos relacionados à doença de Chagas, dos quais 34.917 (87,3%) como causa básica e 5.085 (12,7%) como causa associada. O coeficiente de mortalidade segundo a causa básica teve um declínio de 56,1%, mas verificou-se estabilidade segundo a causa associada. O número de óbitos foi 44,5% maior entre os homens em comparação com as mulheres, e 83,5% dos óbitos ocorreram em pessoas com mais de 45 anos de idade. Verificou-se que as principais causas associadas que tiveram a doença de Chagas como causa básica de morte foram: complicações diretas do comprometimento cardíaco (transtornos da condução, arritmias e insuficiência cardíaca). Por outro lado, a partir de base de dados nacional sobre mortalidade relativa à doença de Chagas como causa básica, no período de 2000 a 2010, verificou se que a maioria das mortes (85,9%) ocorreu em pessoas do sexo masculino com idade superior a 60 anos. Estas mortes foram causadas principalmente por envolvimento cardíaco, sendo que o coeficiente de mortalidade desta forma clínica da doença diminuiu em todas as regiões, exceto na região Norte, onde houve um aumento de 1,6%. A região Nordeste teve a menor redução, enquanto a Centro-Oeste, a maior. Ressalta-se que o coeficiente de mortalidade relacionado à forma digestiva aumentou em todas as regiões (CARLOS *et al.*, 2015).

Diante da problemática objetivou-se observar a realidade do paciente portadora da Doença de Chagas, formulando propostas intervencionistas como a importância do acompanhamento médico, orientações medicamentosas, alimentares e habituais de vida, visando evitar complicações.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado de acordo com a metodologia de problematização Arco de Maguerez, constituindo-se em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade do paciente abordado. Para a teorização, foram utilizados livros, diretrizes e artigos, sendo os artigos buscados em bases de dados como Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SCIELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 - Observação da realidade

Durante o Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF) VII, foi efetuado o acompanhamento semanal de uma família pelos acadêmicos de medicina da Faculdade Alfredo Nasser, no período de fevereiro à maio de 2018. A família abordada possui quatro membros, A. M. M. 62 anos, B. S. M. 10 anos, I. M. S. 37 anos e F. J. S. 77 anos. A família possui pouca condição socioeconômica, reside em Aparecida de Goiânia, a casa é composta por quatro cômodos e possui baixa infraestrutura. F. J. S. é aposentado e sustenta a casa com um salário mínimo, sendo que toda a família não possui plano de saúde ou bolsa beneficiária.

Foram efetuadas visitas domiciliares semanalmente, sendo que na primeira visita os acadêmicos de medicina foram apresentados à família e fizeram uma anamnese com cada membro familiar, colhendo todos os dados e informações possíveis para o desenvolvimento deste trabalho.

A paciente A. M. S. é portadora de depressão e hipertensão, porém fazia o uso incorreto da medicação, não obtendo alívio dos sintomas depressivos e redução da pressão arterial.

B. S. M. possui Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) fazendo o uso de metilfenidato, é obesa e não fazia acompanhamento psiquiátrico.

I. M. S. é natural da Bahia, apresenta doença de Chagas desde os 18 anos de idade, fazia o uso de anti-hipertensivos, porém de forma incorreta, aos 26 anos de idade foi submetida ao uso de marca-passo e não efetuava acompanhamento cardiológico há anos.

F. S. J. é natural da Bahia, portador de doença de Chagas, não fazia acompanhamento com o cardiologista há anos, efetuava o uso de Furosemida de 40 mg, Espironolactona de 25 mg, Atenolol de 25 mg, Anlodipino de 5 mg, Losartana potássica de 50 mg devido à insuficiência cardíaca, porém de forma irregular. F. S. J. alegou que seus pais eram portadores de doença de Chagas e Hipertensão Arterial Sistêmica, vindo a óbito devido à eventos cardiovasculares.

Durante o acompanhamento familiar semanalmente foi perceptível a dificuldade de adesão correta de F. S. J. ao tratamento correto contra a insuficiência cardíaca e dos outros membros da família aos seus respectivos medicamentos. Além disso, pôde ser observado os errôneos hábitos de vida de toda a família, como a alta ingestão de alimentos calóricos e o sedentarismo. Diante da situação, os alunos de medicina se disponibilizaram para atender as

necessidades da família abordada na tentativa de mudar o prognóstico das doenças apresentadas.

Etapa 2 - Pontos-chave

Depois do acompanhamento familiar semanal, foi perceptível detectar vários fatores que interferem no processo saúde do idoso em análise (F. S. J.). Dentre eles estão:

Área de procedência: o paciente abordado é natural da Bahia e reside no estado de Goiás, regiões com maior prevalência da Doença de Chagas.

Fatores ambientais: O local onde o paciente reside é favorável para a proliferação do vetor.

Acompanhamento médico: a dificuldade de deslocamento familiar até a Unidade Básica de Saúde e ausência de acompanhamento por parte da Equipe de Saúde da Família, dificultam afetam o bem estar familiar. Esses obstáculos interferem nas orientações do médico à paciente, favorecendo à não adesão medicamentosa de forma correta. Além disso, o médico é responsável por avaliar a progressão de uma doença, onde a ausência de um acompanhamento contínuo, facilita em grandes chances o desenvolvimento de complicações, principalmente no caso da insuficiência cardíaca como apresenta F. S. J.

Condição socioeconômica: a baixa condição socioeconômica é um dos pontos que dificulta a compra de medicamentos que não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde, impede os gastos com transportes para o efetuar acompanhamento médico. Além disso, a região onde a família reside é de difícil acesso, afetando seu deslocamento.

Fatores individuais: a idade da paciente dificulta seu deslocamento para o acompanhamento médico. Além disso, a falta de motivação também interfere no acompanhamento médico e adesão medicamentosa.

Etapa 3 - Teorização Baseados nos pontos-chave

A Doença de Chagas (DC) é uma antroponose causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi), com evolução clínica bifásica. A forma aguda da doença de Chagas muitas vezes não é identificada e evolui na maioria das vezes para a fase crônica, com apresentação em formas indeterminadas, digestiva, cardíaca ou cardiodigestiva. Atualmente, a transmissão por via oral envolvendo alimentos contaminados é a principal via de infecção humana, com surtos em toda a América Latina. Entre os sintomas da fase aguda, destacam-se febre prolongada, quase sempre acompanhada de mal-estar, adinamia, cefaleia e perda do apetite, acompanhados de manifestações sistêmicas, tais como adenomegalias e

hepatoesplenomegalias. As manifestações cardíacas variam desde quadros assintomáticos até graus variáveis de insuficiência cardíaca aguda ou choque cardiogênico e morte. O tratamento da fase aguda com antiparasitários deve sempre ser instituído, pois existem algumas evidências de melhor evolução clínica em relatos de caso (SOCORRO *et al.*, 2016, p. 222).

No período de 2000 a 2013 (dados atualizados em maio/2014) foram notificados 1.570 casos de doença de Chagas aguda (média de 112 casos por ano), oriundos de registros da maioria dos estados brasileiros, com a exceção do Mato Grosso do Sul e Distrito Federal na região Centro-Oeste e do Paraná, na região Sul. A maioria destes casos (1.430, 91,1%) concentrava-se na região Norte, seguida pelas regiões Nordeste (73, 4,7%), Sul (28, 0,2%), Centro-Oeste (27, 1,8%) e Sudeste (12, 0,8%). Ressalta-se que o Estado do Pará foi responsável por 75% de todos os casos no país e por 82% dos casos da região Norte (CARLOS *et al.*, 2015).

Na forma clássica de transmissão, o *T. cruzi* é eliminado pelas fezes de triatomíneos após a picada para a sucção de sangue. O parasita penetra pela escarificação da pele ou mucosas e tem acesso à corrente sanguínea. Dentro das células hospedeiras se reproduz em grande quantidade provocando a lise celular e disseminação hematogênica, momento em que o parasita está evidente no sangue periférico. O ciclo se completa quando o triatomíneo se alimenta do sangue humano contaminado. A DC também pode ser transmitida por transfusões de sangue contaminado, ou de forma vertical da mãe para o filho, situações comuns no passado em zonas urbanas não endêmicas. Estas vias clássicas de contaminação, tanto a vetorial quanto a transfusional, vêm diminuindo progressivamente devido a campanhas organizadas para o controle do vetor triatomíneo e um maior rigor nos bancos de sangue (SOCORRO *et al.*, 2016, p. 223).

As manifestações clínicas são muito variáveis desde casos absolutamente assintomáticos à insuficiência cardíaca grave e choque cardiogênico, podendo evoluir para o óbito. Esta variação sintomatológica é dependente não só da resposta imune, mas também na intensidade da infecção. A fase aguda da DC pode apresentar diversas manifestações clínicas que podem ser inespecíficas e confundidas com infecções virais. Por esta razão muitos indivíduos não são identificados. Na forma clássica de transmissão, quando o *T. cruzi* penetra pela pele, podemos encontrar o chagoma de inoculação (sinal de Romanã) que é uma pequena formação maculonodular, eritematosa, consistente, pouco dolorosa, circundada por halo de edema elástico, com adenomegalias regionais, com lenta regressão, podendo persistir por até dois meses. Se a entrada ocorrer pela membrana da mucosa ocular, podemos encontrar edema periorbital acompanhados de conjuntivite. Entretanto o local de entrada pode ocorrer em

qualquer parte do corpo susceptível a picada do barbeiro. Dentre os diversos sintomas se destaca a febre prolongada, sem causa etiológica comum, quase sempre acompanhada de mal estar, adinamia, cefaleia e perda do apetite. Podem ocorrer manifestações sistêmicas tais como adenomegalias e hepatoesplenomegalias de intensidades variáveis, sendo o mais comum de grau leve. Geralmente os linfonodos apresentam pequeno aumento, não aderentes, indolores e não fistulizam (SOCORRO *et al.*, 2016, p.225).

As manifestações cardíacas da fase aguda são muito variáveis. A maioria dos pacientes é assintomática do ponto de vista cardíaco, entretanto já apresentam algum tipo de alteração no eletrocardiograma (ECG). Avaliando as alterações eletrocardiográficas em uma série de casos verificaram que haviam as alterações no ECG mesmo em indivíduos assintomáticos. Alguns casos podem apresentar quadros variáveis de insuficiência cardíaca, e até evoluírem para choque cardiogênico e morte. O aspecto clínico da miocardite chagásica aguda é muito similar à miocardite viral. O paciente pode apresentar em graus variáveis, dispneia, taquicardia, presença de terceira bulha, sopros e arritmias. A congestão pulmonar em geral é discreta pelo comprometimento concomitante do ventrículo direito (SOCORRO *et al.*, 2016, p. 225).

A fase aguda é usualmente seguida por um período assintomático de tempo muito variável, denominado fase indeterminada. Durante esta fase os parasitas desaparecem da corrente sanguínea e 70 a 90% dos pacientes nunca ficam sintomáticos. Alguns pacientes entram na fase crônica por volta de 5 a 15 anos (SOCORRO *et al.*, 2016, p. 225).

A terapêutica da doença de Chagas prossegue parcialmente ineficaz, apesar do real progresso alcançado nas últimas décadas. Diversas drogas vêm sendo estudadas, porém, nenhuma consegue eliminar a infecção pelo *T. cruzi* e promover a cura definitiva da tripanossomíase, permitem apenas efeitos supressivos. Algumas drogas foram ensaiadas na terapêutica da doença de Chagas, mas até agora, somente dois compostos ativos se revelaram favoráveis, sendo eles o nifurtimox (Lampit, também conhecido como Bayer 2502) e benzonidazol (Rochagan) (SAÚDE-GUIMARÃES; FARIA, 2007; SILVA, 2010).

O tratamento antitripanosomal da doença de Chagas com os fármacos benzonidazol e nifurtimox são recomendados para todos os casos agudos. Estes atingem um índice de cura superior a 80%, quando administrados nesta fase. Na fase crônica estes fármacos apresentam apenas 8% a 30% de taxa de cura (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O mecanismo de ação do nifurtimox, 3-metil-4 (5'-nitrofurfurilidenamino)- tetraidro (1,4)-tiazina-1-1-dióxido, consiste na inibição do desenvolvimento intracelular do parasito. Atua bem contra as formas sanguíneas e parcialmente contra as formas teciduais. É

administrado oralmente, sob forma de comprimido, por três meses, sendo mais bem tolerado por pacientes jovens (CIMERMAN; CIMERMAN, 2008).

O benzonidazol por sua vez é uma droga nitroheterocíclica (N-benzil-2-nitroimidazole-1-acetamida) introduzido na terapêutica da doença de Chagas em 1967. É considerado mais efetivo que o nifurtimox, porém, apresenta moderada toxicidade. O benzonidazol possui uma consistente capacidade antiprotozoária conseguindo eliminar os parasitas sob as formas sanguíneas e teciduais, se administrado na dose certa e durante o período de dois meses na fase aguda da doença (COSTA *et al.*, 2013).

No Brasil, o benzonidazol é a única droga atualmente disponível para o tratamento da tripanossomíase americana (COSTA *et al.*, 2013).

O tratamento em crianças ou nos acometidos com a forma crônica indeterminada ou formas cardíacas ou digestivas brandas é recomendado com o objetivo de diminuir o curso evolutivo da doença, diminuir a possibilidade de transmissão do parasito e principalmente a cura da infecção (COSTA *et al.*, 2013).

As ações de impedimento da transmissão do parasito ao indivíduo suscetível caracterizam-se como prevenção primária sendo o meio mais efetivo no que se refere à prevenção (COSTA *et al.*, 2013).

Porém a prevenção da doença de Chagas engloba vários aspectos a serem considerados como as condições de vida do indivíduo, neste caso deve-se levar em consideração sua habitação, já que moradias inadequadas é domicílio do barbeiro; o inseto vetor; a transmissão via oral; a contaminação congênita; os possíveis acidentes, e a doação de sangue. Considerando que o *Triatoma infestans* se aloja em casas e nos ambientes peridomiciliares, a melhoria da habitação é retratada como o modo mais eficaz e importante na prevenção, já que, sem condições que propiciam a colonização do triatomíneo no ambiente domiciliar a interação vetor-homem se torna mais difícil (COSTA *et al.*, 2013).

Contudo, a melhoria da habitação, como uma medida de prevenção essencial, deve ser reforçada por meio de ações de caráter educativo envolvendo a sociedade. Dessa forma, a prevenção da transmissão vetorial da doença consiste basicamente em eliminar ou reduzir o contato do homem com o vetor, sendo a retirada de triatomíneos no âmbito domiciliar um meio lógico de prevenção (COSTA *et al.*, 2013).

Portanto, o uso de inseticidas ainda é o principal meio de controle ao barbeiro. Quanto à prevenção da transmissão por via oral, seu caráter aleatório e esporádico torna esta situação relativamente difícil de controlar. Medidas de higiene e seleção de alimentos adequada se tornaram imprescindíveis em áreas com presença de triatomíneos. Em caso de lactentes de

mães contaminadas é aconselhável a suspensão da amamentação caso essas estejam em fase aguda da doença ou em quadro de esquizotripanose, ou em estágio crônico que apresentem rachaduras ou sangramento nos mamilos e aréolas (COSTA *et al.*, 2013).

A respeito da contaminação por meio da transfusão sanguínea, o controle do doador de sangue é indispensável (COSTA *et al.*, 2013).

A doença de Chagas pode ter várias apresentações clínicas e complicações, o que reflete na necessidade de acompanhamento médico contínuo⁸.

Etapa 4 - Hipótese de solução

A partir da problemática, foram propostas as seguintes hipóteses de solução:

Orientar o paciente em questão sobre a dieta: reduzir o consumo de sal, evitar o consumo de alimentos hipercalóricos, já que o sal pode trazer complicações em portadores de insuficiência cardíaca; Indicar a prática de atividades físicas de reabilitação; Propor ações à ESF: orientar a Equipe de Saúde da Família quanto à situação socioeconômica da família e dificuldades de deslocamento, visando uma forma de acompanhamento médico domiciliar frequente; Expor conceitos básicos ao paciente: explicar de forma compreensível as possíveis complicações geradas pela Doença de Chagas; Fornecer orientações sobre o tratamento: expor à paciente como o tratamento medicamentoso regular é importante evitar complicações que poderiam leva-lo a óbito; Incentivar a família a efetuar acompanhamento; Agendar consultas mensalmente para a família, com o médico da Unidade Básica de Saúde; Encaminhar o paciente portador de Chagas ao cardiologista periodicamente; Comunicar às agentes comunitárias de saúde (ACS) a necessidade de acompanhamento familiar, suprindo as necessidades de saúde da família ou orientando.

Etapa 5 - Aplicação à realidade

Depois de conhecer da realidade da família abordada e levantar hipóteses de solução, foram feitas as seguintes intervenções:

Orientações medicamentosas sobre a forma correta de utilizar a medicação, sua posologia e importância. Foi explicitada as principais complicações da Doença de Chagas e da Insuficiência Cardíaca provocada pela mesma, o que proporcionou melhor entendimento ao paciente e melhor adesão ao tratamento.

Em seguida foram realizadas orientações alimentares, ressaltando as consequência do uso de muita quantidade de sal e gordura, o que incentivou a família a consumir alimentos com menor quantidade de sal e hipercalóricos.

Foi agendada uma consulta com o médico Cardiologista do Ambulatório da Faculdade Alfredo Nasser para o paciente portador da doença de Chagas e sua filha.

Nas visitas seguintes, foi notório a adesão do paciente F.J.S. ao tratamento correto e de sua família aos seus respectivos medicamentos de uso.

CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento de forma correta pode ser descrita como o nível de concordância do paciente com as recomendações do profissional da saúde no que se refere ao seu tratamento, tendo papel fundamental no resultado deste. Diante disso a metodologia de problematização através do Arco de Maguerez desempenhou um papel muito importante, possibilitando aos acadêmicos de medicina, observar a realidade da família abordada, levantar hipóteses de solução e aplica-las à realidade. Através da mesma, o paciente portador de doença de Chagas e sua família, mudaram seus hábitos de vida e aderiram aos seus respectivos tratamentos de necessidade, reduzindo diversas possíveis complicações.

A prática social possibilita a reflexão sobre os problemas do conhecimento, da sociedade e do ser, e nessa busca encontram-se meios para justificá-la e de transformá-la. Conclui-se então que a metodologia de problematização e suas etapas obteve um grande papel na modificação da vida da família abordada, contribuindo para a evolução social e melhora em sua qualidade de vida.

ABSTRACT: *During the period from February to May 2018, the seventh-period medical students of the Alfredo Nasser College provided assistance to a 77-year-old elderly man with Chagas disease through the Methodology of Problematization in Aparecida de Goiânia - Goiás. The main objective was to observe the reality of FSJ, proposing a form of intervention for the problems found. FSJ used antihypertensives incorrectly and consequently presented high blood pressure levels, did not follow medical, did not practice healthy life habits. Through the methodology of the problematization Arco de Maguerez and theoretical basis, were given guidelines, and the patient was forwarded to the cardiologist, providing beneficial effects on the same. It was concluded that the use of the problematization methodology proved to be effective helping to resolve the complaints of the patient, inducing their adherence to the treatment against Chagas disease and improving their quality of life.*

Keywords: *Chagas disease. Old man. Primary attention.*

REFERÊNCIAS

ANTONIO, Eros *et al.* **Apresentação clínica da doença de Chagas crônica em indivíduos idosos**, 2007.

CARLOS, João *et al.* **II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas**, 2015.

CIMERMAN, B.; CEMERMAN, S. **Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 81-112.

COSTA, M. **Doença de chagas: uma revisão bibliográfica chagas disease**, 2013.

OLIVEIRA, M. F. *et al.* Tratamento etiológico da doença de Chagas no Brasil. **Revista de Patologia Tropical**. v. 37, n. 3, p. 209-228, 2008.

SAÚDE-GUIMARÃES, D. A.; FARIA, A. R. Substâncias da natureza com atividade antiTrypanosoma cruzi. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 17, n. 3, p. 455-65, jul.-set. 2007.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1107-8.

SOCORRO, Dilma *et al.* **Aspectos epidemiológicos e clínicos da doença de chagas aguda no Brasil e na América Latina**. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 2016.