



ESTUDO DE CASO: UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO BASEADA EM REVISÃO INTEGRATIVA

Letícia Oliveira Santana ¹, Eliza Silva Nascimento¹, Yonara Vieira Silva ¹, Renata Ohana Pereira dos Santos ¹, Sílvia Lúcia Pacheco Nunes ¹.

1. Acadêmicas do curso de enfermagem, Regional Catalão da Universidade Federal de Goiás. enfermagemufgleticia@gmail.com, eliza.enferm@gmail.com, yonara.vieira@gmail.com, renataohana_16@hotmail.com, silvinha420@gmail.com

Recebido em: 28/11/2014 – Aprovado em: 16/01/2015 – Publicado em: 31/01/2015

RESUMO

Demonstrar no estudo a eficácia e eficiência, para o trabalho em campo prático da enfermagem, a utilização da ferramenta de visita domiciliar (VD) e do instrumento de coleta de dados. Nos quais temos como objetivo identificar o processo saúde-doença de um indivíduo em seu contexto familiar e elaborar plano de ação de enfermagem visando à otimização da situação encontrada. Os métodos utilizados para a elaboração do artigo foram Estudo de Caso e o Formulário para Coleta da História de Saúde do Idoso, sendo que o primeiro consiste em um estudo profundo e exaustivo que permitiu o amplo e detalhado conhecimento de um ou vários objetos, e o segundo que é o Formulário para Coleta da História de Saúde do Idoso, adaptado por VERA (2010) utilizado nas disciplinas de Processo de Cuidar do Adulto e Idoso I e Saúde Coletiva II.

PALAVRAS-CHAVE – Diabetes Mellitus, Hipertensão, Quimioterapia, Ensino.

CASE STUDY: A STRATEGY FOR EDUCATION BASED INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Study demonstrate the effectiveness and efficiency for practical work in the nursing field, the use of the tool Home visits (VD) and the instrument for data collection. In which we aim to identify the health-disease process of an individual in their family context and prepare for nursing action aimed at optimizing the situation encountered plan. The methods used for preparation of the article were Case Study and Application for Collecting the History of Health of the Elderly, the first of which consists of a thorough and exhaustive study that allowed broad and detailed knowledge of one or more objects, and the second is the Form Collection of the History of Health of the Elderly, adapted by VERA (2010) used in the disciplines of Caring for Adult and Community Health and Aging Process II.

KEYWORDS – Diabetes Mellitus, Hypertension, Chemotherapy, Education.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, no qual determina uma perda progressiva da capacidade e adaptação do indivíduo ao meio ambiente, considerado um processo dinâmico e progressivo (FERREIRA et al., 2010).

O Índice de envelhecimento (IE) populacional revela que em 2000, o IE mundial era de 33,4 % e a estimativa para 2050 é de que seja de 100,5% evidenciando ser o fenômeno do envelhecimento populacional (CLOSS & SCHWANKE, 2012).

A população de idosos está aumentando de maneira gradativa e considerável em todo o mundo, expressivamente no Brasil, por conta do processo de industrialização e urbanização (FOLETTTO, 2009).

A estrutura das pirâmides da população brasileira em 2010 reflete as mudanças ocorridas nos parâmetros demográficos a partir da segunda metade do século XX, como consequência houve o declínio dos níveis de mortalidade, morbidade e fecundidade a partir dos anos 60, desde a Segunda Guerra Mundial. Os declínios determinaram o padrão de envelhecimento da população brasileira, ocorrendo o estreitamento da base da pirâmide, em função da diminuição dos níveis de fecundidade e morbidade, e alargamento do topo da pirâmide etária, em função da redução dos níveis de mortalidade, sugerindo que o Brasil tende a continuar o processo de envelhecimento (IBGE, 2010).

A Região Centro-Oeste apresenta uma estrutura etária semelhante a da população brasileira, porém nesta região ainda permanecia os altos níveis de fecundidade, estando acima de 6 filhos por mulheres no ano de 1970. A partir de então, a região passa a apresentar um forte declínio na sua fecundidade, tendo que o percentual de crianças menores de 5 anos em 2010 chegou a 7,6% sendo que em 2000 o valor era de 9,8%. No que se refere à população idosa teve um crescimento, passando de 3,3%, em 1991, para 4,3%, em 2000 e 5,8%, em 2010 (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE 2010 nos anos de 2000/2010 a razão de dependência no interior de Goiás (percentual da população dependente menor de 15 anos e maior de 65 anos) passou de 45,29% para 38,46% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,33% para 6,26%. Em todo o estado de Goiás cerca de 561.615, em um total, de homens e mulheres (ATLAS, 2013).

Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é esperado que em 2030, no Brasil o número de idosos ultrapasse 30 milhões de pessoas, devendo representar 13% da população. A uma preocupação com o aumento desse número, pois juntamente com a idade há também o surgimento das doenças crônicas (FOLETTTO, 2009).

“Com o processo de envelhecimento populacional, aumenta cada vez mais a necessidade de estudar os fatores associados que incidem sobre a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis associadas à idade (como Hipertensão e Diabetes), assim faz necessário conhecer sobre o assunto, bem como as características e condições de saúde desta população que envelhece” (FOLETTTO, p. 06, 2009).

As patologias envolvidas no estudo de caso são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete *Mellitus* (DM), na qual a primeira consiste em um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a mais frequente das doenças cardiovasculares, e também o principal fator de risco para as complicações relacionadas com os acidentes vasculares (BRASIL, 2006a). O DM, que é uma doença metabólica, causada pelo aumento da quantidade de glicose na corrente sanguínea. Quando não tratada, causa doenças como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, dificuldade em cicatrizações, problemas visuais entre outras (BRASIL, 2006b).

Nos últimos anos, a prevalência e incidência de DM e HAS está aumentando desordenadamente. Esse aumento se dá pelas altas taxas de obesidade, sedentarismo, estilo de vida inadequado entre outros. Após estudos realizados, estudos realizados demonstram dados alarmantes sobre a prevalência de DM em idosos, na qual, em jovens o número de diabéticos é cerca de 1,7%, e em idosos esse número é dez vezes mais, chegando a 17,3% (FOLETTTO, 2009).

Outra patologia preocupante em idosos é a HAS, que confere um dos maiores problemas de saúde, estando relacionada a elevados níveis de mortalidade e surgimento de doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e outras. Projeções para 2025 apontam que o número de hipertensos chegarão a 1,56 bilhões, cerca de 30% da população (FOLETTTO, 2009).

Diante do exposto o presente trabalho objetivou identificar o processo saúde-doença de um indivíduo com HAS e DM em seu contexto familiar e elaborar plano de ação de enfermagem visando à melhora e otimização da situação encontrada.

MATERIAL E MÉTODOS

Refere-se a um Estudo de Caso, que consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de modo a permitir seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2008). Foi utilizado para coleta de dados o Formulário para Coleta da História de Saúde do Idoso, adaptado por VERA (2010) utilizado nas disciplinas de Processo de Cuidar do Adulto e Idoso I e Saúde Coletiva II.

O levantamento foi realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online [Biblioteca Científica Eletrônica Online] (SCIELO) expressos por textos completos e diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde (MS). Foram selecionados somente os artigos que tinham interesse que respondessem os objetivos propostos neste estudo.

Esse trabalho consiste em uma estratégia de ensino e requisito parcial de avaliação, na disciplina de Processo de Cuidar do Adulto e Idoso I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás-Regional Catalão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Epidemiologia

A HAS atinge cerca de 17 milhões de pessoas, que remete 35% da população de 40 anos e mais no Brasil. Nos últimos anos, esse número vem aumentando consideravelmente, acometendo precocemente em crianças e adolescentes (BRASIL, 2006a).

O DM é uma doença metabólica, causada pelo aumento da quantidade de glicose na corrente sanguínea. A glicose é a principal fonte de energia para o organismo, mas em excesso é prejudicial. Quando não tratada, causa doenças como: infarto, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência renal, dificuldade em cicatrizações, problemas visuais entre outras (BRASIL, 2006b). Configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2006b).

Ao passo em que a população envelhece, a urbanização cresce e a adoção de estilo de vida não saudável, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade contribui de forma gradativa no aumento da incidência e da prevalência do diabetes no mundo (BRASIL, 2006b).

Um dado importante é que no Brasil, o DM junto com a HAS, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, hospitalizações, amputações de membros e representa 62,1% dos diagnósticos em pacientes com insuficiência renal submetidos à diálise (BRASIL, 2006b).

O DM é dividida em três tipos: o primeiro, diabetes tipo I (DM I) que indica destruição da célula beta que leva a deficiência absoluta de insulina, conseqüentemente a administração é necessária; o segundo, do tipo 2 (DM 2), trata da deficiência relativa de insulina, sendo que administração da mesma não é necessário e o terceiro tipo, diabetes gestacional que é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez que geralmente se resolve no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos (BRASIL, 2006b).

Fisiopatologia

Segundo a V DIRETRIZ (ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2007) os fatores de risco envolvidos na HAS são: idade sendo aumentada linearmente; sexo e etnia: não considerado um fator de risco para a hipertensão, porém as mulheres afrodescendentes são mais suscetíveis do que as brancas. Fatores socioeconômicos: níveis socioeconômicos menores estão associados a maior prevalência de hipertensão arterial; sal: o excesso do consumo de sódio contribui para ocorrência de hipertensão; obesidade: o excesso de gordura corporal é um fator relevante para a hipertensão, responsável por 30% a 40% dos casos; etilismo: o de consumo de álcool predispõe a ocorrência da elevação da pressão arterial; sedentarismo: indivíduos sedentários apresentam um maior risco para desenvolver a patologia.

Dentre os sinais e sintomas da HAS estão: cefaleia, tontura, palpitações, insônia. Todavia, é raro manifestar algum sintoma e/ou desconforto físico, sendo conhecida como uma doença “silenciosa” (MANTOVANI et al., 2008). Segundo BRASIL (2006a) por se tratar de uma patologia assintomática, o tratamento é muitas vezes negligenciado por falta de adesão do cliente.

Em relação aos fatores indicativos de risco para o DM podemos citar: idade acima de 45 anos; sobrepeso; antecedentes familiares; hipertensão arterial; obesidade central (abdominal); doenças cardiovasculares; história de macrosomia, diabetes gestacional e outras (BRASIL, 2006b).

Os principais sintomas da DM são: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga, astenia, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Todavia o diabetes é assintomático na maioria dos casos, a suspeita ocorre a partir de fatores de risco para o DM (BRASIL, 2006b).

Tratamento

No que se refere ao tratamento da HAS recomenda-se modificações no estilo de vida; alimentação adequada; manter o peso corporal; praticar atividades físicas regularmente; adoção de hábitos alimentares saudáveis; abandono do tabagismo e etilismo; reduzir a quantidade de sal no preparo de alimentos; dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alhos; incluir, pelo menos, seis porções de frutas, verduras e legumes no plano alimentar diário (BRASIL, 2006a).

Há também o tratamento medicamentoso agregado ao não medicamentoso que objetiva a redução da pressão arterial, da morbidade e mortalidade cardiovasculares, sendo eles os anti-hipertensivos, diuréticos entre outros (V DIRETRIZES, 2007).

O tratamento para DM é dividido em relação aos tipos. No diabetes tipo I, devido à maior complexidade, o paciente deve ser acompanhado por especialista endocrinologista, sendo imediato o encaminhamento, devido ao risco elevado de descompensação metabólica (BRASIL, 2006b).

Para o diabetes tipo II, o tratamento é dividido em dois planos, sendo o primeiro o controle da glicemia na corrente sanguínea, a mudança no estilo de vida e uso de medicamentos, e o segundo a prevenção das complicações crônicas (intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares; detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes) (BRASIL, 2006b).

CONCLUSÕES

O paciente encontra-se consciente em relação ao seu estado de saúde. Mantém uma rotina diária de atividade física, uma alimentação balanceada de acordo com suas patologias (HAS e DM), faz o uso corretamente dos medicamentos prescritos. Na percepção do entrevistador, foi observado por parte do cliente um interesse em manter o controle das patologias presentes buscando evitar seu agravo ou até mesmo o aparecimento de outras. Para nós acadêmicos de enfermagem foi uma experiência enriquecedora de conhecimentos, produtiva e gratificante no sentido de que nos levou a uma maior interação com o paciente, já que tivemos a oportunidade de entrevista em seu ambiente familiar.

Foi realizado uma intervenção por meio de educação em saúde no qual foi orientado em relação às medidas preventivas, ao padrão alimentar saudável, práticas de atividades físicas regularmente; importância de se tomar a medicação prescrita pelo médico nas horas corretas, reforçar ao paciente a manter os bons hábitos e também abordar a relevância que a adesão ao tratamento para HAS e DM é eficaz na prevenção de complicações.

REFERÊNCIAS

ALTAS do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica – nº15**. Brasília (DF), 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica – nº16**. Brasília (DF), 2006b.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 q 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, vol. 15, p. 443-458. Rio de Janeiro, 2012.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. vol. 89; n.3; p. 24-79. São Paulo, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

FERREIRA, O. G. L et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. Esc. Enferm**, vol. 44, p. 1065-1069. Universidade de São Paulo, 2010.

FOLETTTO, K. C. Perfil epidemiológico, estado nutricional e fatores associados á hipertensão e diabetes mellitus em idosos cadastrados no hiperdia no município de Caxias do Sul (RS), p. 06-46, 2009.

GIL, R. L. Tipos de pesquisa. Licenciatura em Ciências Biológicas. **Disciplina de Pesquisa do Ensino de Ciências e Biologia**, p. 1-13, 2008.

MANTOVANI, M. de F. et al.; O significado e a representação da doença crônica: o conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Rev. Enferm.** Julho\Setembro; vol. 13, p.336-342. Curitiba-PR, 2008.

VERA, I. Formulário para coleta da história de saúde do idoso, 2010.