

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

CARLA DE OLIVEIRA MAIA

**MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA COMO FERRAMENTA NA
ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

**CAMPO GRANDE - MS
2022**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

CARLA DE OLIVEIRA MAIA

**MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA COMO FERRAMENTA NA
ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Fundação
Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a) ERIKA KANETA FERRI

**CAMPO GRANDE - MS
2022**

RESUMO

O processo de envelhecimento no Brasil está aumentando e, com isso, aumenta a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, fazendo parte dos pacientes necessitarem de uma diversidade de medicamentos. Segundo estudos, pacientes afirmam não ser incluídos no planejamento de seu tratamento e não é verificada por profissionais de saúde a compreensão do paciente a cerca do tratamento. O projeto de intervenção teve como objetivo a utilização do método clínico centrado na pessoa como ferramenta facilitadora para compreensão do paciente a cerca da doença. Foram selecionados 10 pacientes diabéticos e aplicado questionário na primeira consulta a fim de entender a experiência do paciente com a doença. Ao longo de 3 meses (1 consulta por mês) os mesmos foram acompanhados, bem como suas taxas glicêmicas para acompanhar seus progressos. Ao final da última consulta foi possível perceber que através do maior conhecimento sobre a doença as pessoas apresentaram queda das taxas glicêmicas e melhora dos hábitos de vida.

ÁREAS TEMÁTICAS: Atenção Primária / Saúde da Família, Diabetes, Doenças Crônicas.

DESCRITORES: ATENCAO INTEGRAL A SAUDE, DIABETE MELITO, EDUCACAO EM SAUDE..

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	8
4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
REFERÊNCIAS	14

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, habitante de país em desenvolvimento, e o indivíduo acima de 65 anos, habitante de país desenvolvido. Nas últimas décadas, importantes alterações sociodemográficas e de morbimortalidade foram observadas em todo mundo. Houve redução da taxa de fecundidade e de mortalidade por doenças infecciosas e, conseqüentemente, aumento considerável da expectativa de vida e de mortes por doenças crônicas (PEREIRA et al, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como doença crônica não transmissível (DCNT) somente as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), por apresentarem em sua história natural fatores de risco e de proteção em comum, facilitando o desenvolvimento de políticas de prevenção e controle. No entanto, outras condições crônicas de saúde definem-se como DCNT pela definição da OMS, tendo também impacto importante na carga de doenças e nas estimativas de anos de vida perdidos por incapacidade, tais como as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e articulares, insuficiência renal crônica (IRC), e distúrbios neuropsiquiátricos (DN)1,7.

Em 2013, 66 milhões de brasileiros (45,1%) referiram ao menos uma DCNT, excluindo-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo os mais prevalentes problemas na coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4) e DM (6,2%). Aquelas que promoveram grau de limitação muito intenso ou intenso foram os DN (49,4%), problemas na coluna e DORT (32,1%) (SIMÕES et al, 2021).

Em 2013, com reorganização e mudanças de estratégias e sistemas de saúde, o Sis-HiperDia, tornou-se inoperante, com registro de dados na base nacional de 211.716 Hipertensos e 95.062 Diabéticos no Amazonas.

Hoje, as informações de atendimentos e registros das pessoas com doenças crônicas ocorrem somente pelas fichas do e-SUS e Sistema da Atenção Básica-Sis AB, nas bases dos sistemas municipais das unidades básicas de saúde. Porém, considerando a prevalência da pesquisa nacional em saúde – PNS/2013 – AM e a população TCU 2015, para cálculo da população estimada atendidas com doenças crônicas nas unidades de saúde temos 559.552 pessoas autorreferidas portadoras de hipertensão arterial e 181.163 com diabetes mellitus (Plano Estadual de Saúde – AM, 2016-2019).

Nesse contexto, e sabendo que o Brasil passa por um processo de envelhecimento, cresce cada vez mais o número de indivíduos com doenças crônicas. Esse novo perfil demográfico e epidemiológico tornou rotineiro o tratamento farmacológico de longa duração e o uso simultâneo de muitos medicamentos por pacientes idosos, os quais utilizam mais os serviços de saúde. Por esse motivo, a polifarmácia é uma realidade comumente enfrentada por profissionais da saúde devido ao maior número de comorbidades intrinsecamente relacionadas à idade avançada (PEREIRA et al, 2017).

Levando em consideração o número de medicamentos tomados por cada paciente, faz-se necessário por parte dos profissionais médicos que os mesmos utilizem ferramentas para melhorar a adesão ao tratamento e para auxiliar os pacientes a seguirem corretamente a administração dos medicamentos prescritos. Tais ferramentas são encontradas no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que estimulam os profissionais a melhorar a relação médico-pessoa através das habilidades de comunicação e, com isso, melhorar a adesão ao tratamento do indivíduo.

Segundo estudo de Cruz et al. (2017), mais da metade dos pacientes afirmaram que não são incluídos pelo profissional no planejamento do tratamento e cuidado. Há queixas de que os médicos não explicam o necessário de forma clara e acessível ao paciente, bem como não verifica o grau de entendimento sobre o diagnóstico dado. Sobre as indicações terapêuticas, em um número significativo das consultas não são verificadas a compreensão do paciente pelo profissional de saúde.

O MCCP propõe a utilização de quatro componentes para fortalecer o vínculo entre médico-pessoa e, conseqüentemente, melhorar a adesão ao tratamento. Os componentes são: explorando saúde, doença e experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico.

A importância deste projeto de intervenção na comunidade se dá pelo fato de que foi observado que parte dos pacientes com doenças crônicas não segue corretamente o tratamento instituído pelo profissional médico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor melhorias na adesão ao tratamento na APS a partir da utilização dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Melhorar a adesão ao tratamento de doenças crônicas

Melhorar a qualidade da relação médico-pessoa através da aplicação das ferramentas do Método Clínico Centrado na Pessoa

Desmistificar a ideia de hierarquia entre médico e pessoa

3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

- Local de estudo:

O estudo será realizado na USF Dr José Rayol dos Santos

- Sujeitos da intervenção:

Tem como público-alvo pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento na USF, em especial pacientes portadores de Diabetes Mellitus, comorbidade que terá destaque no PI. O objetivo é buscar pacientes com algum grau de descompensação da doença, que será evidenciado através do exame de hemoglobina glicada.

- Plano de Ações/Avaliação e Monitoramento:

A ideia da intervenção será aplicar as quatro ferramentas do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) em pacientes diabéticos durante as consultas médicas e promover educação em saúde através do fortalecimento do vínculo médico-pessoa.

As ferramentas que compõe esse método são: Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; Entendendo a pessoa como um todo; Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; Fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico.

Tais ferramentas tem como objetivo tornar possível enxergar um paciente não somente pela sua patologia, mas também pelas suas condições socioeconômicas, pelo contexto familiar que está inserido, pela sua cultura, entendendo que aquela pessoa possui uma história de vida única e que por isso o manejo de sua doença deve ser individualizado.

Na primeira consulta será aplicado um questionário simples, onde constará 5 perguntas. São elas:

- 1- O que você sabe sobre Diabetes Mellitus?
- 2- Qual a sua experiência com a doença?
- 3- A condição social que você vive hoje lhe permite fazer dieta? Se sim, você sabe quais alimentos são benéficos para você?
- 4- Você já participou de alguma decisão em conjunto com o médico a respeito do seu tratamento?

- 5- Algum profissional já lhe explicou sobre a doença?

Essas perguntas servirão como base para o questionário final, aplicado na última consulta.

O resultado dos seus exames será documentado e será proposto 1 encontro ao mês durante 3 meses para acompanhar progressos. Durante o encontro o médico irá fazer uso das ferramentas do MCCP e fornecerá materiais simples e didáticos a respeito da doença para o paciente poder levar para casa. Além disso, os pacientes serão encaminhados ao nutricionista para realizar ao menos uma consulta durante os 3 meses.

Ao fim dos 3 meses será dosada nova taxa glicêmica no sangue (hemoglobina glicada) e o paciente responderá novo questionário relatando se este processo lhe trouxe melhorias e qualidade de vida. O motivo da escolha ser o questionário e da abordagem ser no consultório se justifica pelo fato de que uma das ferramentas do MCCP é a de fortalecer o vínculo médico-pessoa, e acredito que com uma consulta individualizada e aprofundada eu possa ter melhor resultado.

4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Foi realizado inicialmente um questionário com 23 pacientes portadores de Diabetes Mellitus, com idade entre 51 e 76 anos a fim de compreender o que os mesmos conhecem sobre a doença, bem como suas experiências. Durante as consultas foram utilizados os componentes do método clínico centrado na pessoa, fortalecendo o vínculo médico-paciente e permitindo maior adesão ao projeto de intervenção (PI).

Todas as pessoas submetidas ao questionário possuíam algum grau de descompensação da diabetes, sendo este medido pelo exame de hemoglobina glicada (HbA1c). A HbA1c esperada para uma pessoa diabética é menor que 7%. Os pacientes submetidos ao projeto de intervenção possuíam HbA1c maior que 7%, em uso ou não de insulino terapia.

Cada paciente recebeu um material com informações simples a respeito da doença, sendo solicitado aos mais velhos que fizessem a leitura em casa junto de alguém do seu convívio (filho (a), marido, esposa). O material composto de duas páginas teve o objetivo de reforçar o que foi debatido durante a consulta.

Durante o andamento do projeto, houveram falhas na continuidade, sendo dos 23 pacientes submetidos ao tratamento apenas 10 continuaram frequentando as consultas. Durante busca ativa pelo restante dos pacientes, os mesmos relataram que não deram continuidade devido a distância da UBS para suas casas, muitos deles relatando não ter recursos para transporte público. Minha UBS fica situada em área central da cidade, porém não dispomos de território definido, o que dificultou a busca e a continuidade do projeto.

Os 10 pacientes que continuaram fazendo parte do PI compareceram à segunda consulta, onde realizou-se uma consulta mais rica em conhecimento e questionamentos, sendo a maioria das perguntas voltadas para alimentação. Dentre os 10 pacientes, 6 deles relataram ter iniciado atividade física (caminhada) após primeira consulta. Foi perceptível na segunda consulta, principalmente nos pacientes que iniciaram atividade física, o aumento da autoestima e a vontade de entender melhor a doença e seu tratamento.

A última consulta, realizada cerca de 1 mês depois da segunda consulta, teve o objetivo de verificar resultados. O primeiro e mais animador resultado foi a dosagem de HbA1c de cada paciente. Houve queda das taxas de HbA1c de todos os pacientes, sendo mais expressivas nos pacientes que iniciaram exercício físico. Como esperado, a queda das taxas não foi suficiente para atingir o nível de compensação da diabetes, visto que o período de trabalho foi curto,

porém os resultados mostraram-se animadores.

Todos os pacientes relataram melhora da disposição e autoestima, além de diminuição de sintomas como tontura e noctúria. Os mesmos relataram que o conhecimento a cerca da doença os ajudou a enxergar de forma diferente a comorbidade, melhorando a adesão ao tratamento.

Em todas as consultas foram utilizados os componentes do método clínico centrado na pessoa. O componente mais utilizado foi o terceiro: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.

Os passos para a adesão do tratamento claramente dependem de cada paciente, da sua vontade de mudar e melhorar hábitos de vida, mas a partir do momento que é fornecido o mínimo de conhecimento a essas pessoas, possibilita-se que as mesmas aprimorem suas experiências sobre a doença, deixando-as seguras e com maior autonomia de controle de suas patologias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) é um importante elemento na formação médica, porém pouco utilizado e pouco compreendido. O modelo biomédico atualmente utilizado por grande parte dos profissionais limita a visão dos mesmos a respeito do paciente, fazendo-os enxergar apenas patologia, e não a pessoa de forma integral. Como consequência, podem ser encontradas em grandes quantidades na rotina da APS pessoas que não aderem ao tratamento, não sabem os nomes das medicações prescritas, não entendem o porquê do tratamento.

A aplicação do projeto de intervenção (PI) permitiu de certa forma comprovar a eficiência do MCCP através da utilização dos seus quatro componentes. Os pacientes participantes sentiram-se acolhidos e incluídos no seu tratamento, resultando em maior dedicação dos mesmos em relação a saúde. O fortalecimento do vínculo médico-pessoa deixou os pacientes confiantes e à vontade para tirar dúvidas e dialogar sobre seus medos e angústias sobre a doença. O terceiro componente - elaborando um plano conjunto de manejo do problema - forneceu ao paciente maior confiança e sensação de autonomia.

A execução do PI apresentou fragilidades, sendo a maior delas a não adesão de mais da metade dos pacientes. O fato de a unidade básica de saúde (UBS) não ter território definido contribuiu para a falha no projeto, visto que os pacientes desistentes moravam longe, não podendo frequentar a UBS com frequência. Uma forma de aperfeiçoar o projeto para dar seguimento é a territorialização, para poder conhecer realmente as demandas da comunidade em que a UBS está inserida.

De um modo geral, os resultados obtidos do PI, apesar do pouco tempo e poucas pessoas, alertam os profissionais da saúde para a melhoria do atendimento, visando o cuidado integral do paciente. O MCCP neste caso pode ser visto como ferramenta de promoção de saúde, uma vez que sua utilização mudou de forma expressiva a visão sobre a doença das pessoas avaliadas.

Para que a ação tivesse continuidade na unidade de saúde, foi realizada a exposição do projeto para os médicos da unidade que concordaram e apoiaram as mudanças que o projeto trouxe. Dessa forma, trabalhando com MCCP o trabalho não só do médico é intensificado, mas também os das equipes de saúde da família, visto que para atender melhor as necessidades da pessoa é preciso de uma rede de cuidado que inclui médico, enfermeira, técnico em enfermagem, psicólogo, nutricionista, entre outros.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S216-S222, 2016.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 3 [Acessado 21 setembro 2021], pp.953-961. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016>>. ISSN 1678-4561.

CAMPOS et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **J Health Biol Sci**. v. 4, n.4, p. 251-256, Out-Dez. 2016.

CRUZ et al. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do Programa de Educação Permanente para médicos da Estratégia de Saúde da Família da região ampliada de saúde Jequitinhonha - **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**. Minas Gerais, v. 2. 2017

STEWART et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 34p.

PIO et al. Polifarmácia e riscos na população idosa. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.2, p. 8924-8939 mar./apr. 2021.