

APLICAÇÃO DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA EM VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS POR ALUNOS DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 01/08/2023

Dallisy Falcão Leite

Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/0329557744020068>

Clara Trindade Bianchi Loureiro

Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/5988504240240645>

Fernanda Savazzini de Oliveira

Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/9586037564200957>

Francine Alves Gratival Raposo

Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/7454932894400856>

durante a formação médica e tem substituído, gradativamente, o ensino biomédico tradicional. O MCCP tem como objetivo não apenas tratar a doença, mas também levar em consideração o indivíduo em si, compreendendo sua experiência com a doença e considerando-o em todos os seus contextos. **Objetivo:** Relatar as experiências vivenciadas por alunos de medicina na aplicação prática do MCCP, através de visitas domiciliares. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, a respeito das atividades realizadas por estudantes de medicina em uma USF do Município de Vitória - ES, a partir de visitas domiciliares a um núcleo familiar. **Relato de experiência:** Utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa em visitas domiciliares, os estudantes exploraram os sentimentos e os impactos vivenciados pela família assistida no processo saúde-doença de um de seus membros. Também consideraram o contexto familiar e social em que a paciente estava inserida, identificando o apoio fornecido pelos familiares e amigos como um facilitador em sua jornada de enfrentamento das enfermidades. A partir dessa vivência, o projeto viabilizou o desenvolvimento de

RESUMO: Introdução: O método clínico centrado na pessoa (MCCP) é hoje um dos pilares mais importantes ensinados

estratégias e atividades de intervenção voltadas para a melhoria da saúde dos familiares, envolvendo uma equipe multidisciplinar como agentes de saúde, médicos e fisioterapeutas.

Conclusão: Percebeu-se a importância de uma ambientação acolhedora e confiável entre os estudantes de medicina e, futuros médicos, e o paciente, permitindo assim o relato familiar de sua experiência de adoecimento e histórias pessoais de vida, sendo essas trocas de experiências necessárias para a concretização de um processo assistencial mais integralizado e individual, o qual é evidenciado pelo MCCP.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Centrada no Paciente. Medicina de Família e Comunidade. Humanização da Assistência. Estudantes de Medicina.

APPLICATION OF THE PERSON-CENTERED CLINICAL METHOD IN HOME VISITS CARRIED OUT BY MEDICINE STUDENTS: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Background: Patient-centered clinical method (PCCM) is, nowadays, one of the most essential precepts taught during medical education and has gradually replaced biomedical model-based education. PCCM aims not only to treat the disease but to contemplate the individual themselves conjointly, comprehending their experience with the disease in all its contexts. **Objective:** To report the experiences lived by medical students in the practical application of PCCM, through home visits. **Methods:** A descriptive, qualitative study, the type of experience report, regarding the activities carried out by medical students at a Family Health Unit (FHU) in the city of Vitoria - ES, based on home visits to a family nucleus. **Experience report:** Using the Person-Centered Clinical Method in home visits, the students explored the feelings and impacts experienced by the assisted family in the health-disease process of one of its members. They also considered the family and social context in which the patient was involved, identifying the support provided by family members and friends as a facilitator in their journey of coping with the illnesses. Based on this experience, the project facilitated the development of strategies and intervention activities aimed at improving the health of family members, involving a multidisciplinary team such as healthcare agents, doctors, and physiotherapists. **Conclusion:** The critical role of a welcoming and reliable environment among medical students, future doctors, and the patient was ascertained, hence allowing the family to report their illness experience and personal life stories, besides these exchanges of experiences being necessary to the implementation of a more integral and individual care process, which is evidenced by the PCCM.

KEYWORDS: Patient-Centered Care. Family Practice. Humanization of Assistance. Students, Medical.

1 | INTRODUÇÃO

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma abordagem integral do atendimento médico que contempla as necessidades e preocupações dos pacientes, relacionada a sua vivência da saúde ou da doença. Nesse sentido, o profissional de saúde passa a colocar as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes em foco, tornando um cuidado mais humanizado. Assim, este relato de experiência apresentará os

principais componentes desse método e sua aplicação em visitas domiciliares realizadas por acadêmicos de medicina do terceiro período da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória-ES.

Esse método, desenvolvido a partir dos estudos de Ian McWhinney, Moira Stewart e Joseph Levenstein, propõe seis componentes, com orientações de seguimento de uma conduta médica mais centrada na pessoa, que veio para romper com o modelo tradicional, chamado de Modelo Biomédico. Este último tem como princípios abordar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, elaborando um raciocínio clínico e futuro diagnóstico, sem que o paciente tenha um papel ativo nesse processo. Contudo, doenças que não apresentam sinais e sintomas claros, que necessitem de uma avaliação além dos aspectos estritamente orgânicos, poderão passar despercebidas.

Sendo assim, os principais componentes apresentados pelo MCCP englobam: explorar a doença e a experiência da doença; entender a pessoa na totalidade; elaborar um plano comum de manejo dos problemas; incorporar a prevenção e a promoção de saúde; intensificar a relação médico-paciente; ser realista. Esse conjunto de componentes objetiva analisar tanto os sinais e sintomas dos pacientes, quanto seus sentimentos, cultura, prioridades e vivências, avaliando seus problemas e prioridades, para poder, então, elaborar um projeto de melhoria da saúde, reduzindo complicações e riscos. Com essa estratégia, a relação médico-paciente passa a envolver compaixão, empatia e cuidado, promovendo uma confiança mútua entre as partes, o que favorece o tratamento e cura do paciente.

Diante desse cenário, faz-se mister a parceria estabelecida pela EMESCAM com o órgão público, que permite que os seus alunos de graduação desempenhem atividades práticas nas Unidades de Saúde da Família (USF), atuando na atenção e cuidado às famílias pertencentes à área que a USF abrange. Os alunos do curso de medicina, portanto, a partir do eixo Medicina e Comunidade, são divididos em grupos, e direcionados para diferentes USF do município de Vitória-ES, com acompanhamento de um professor, podendo assim serem inseridos na realidade da atenção primária, incluindo visitas domiciliares. Dessa forma, o MCCP se faz presente desde o início da construção do conhecimento médico, possibilitando a formação de profissionais mais humanos por essa faculdade.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, acerca das atividades práticas realizadas no Eixo Medicina e Comunidade do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior do Espírito Santo. O projeto foi realizado no período de agosto a novembro de 2022, por estudantes de medicina do 3º período e um docente responsável pela disciplina.

A primeira etapa da atividade consistiu em uma visita da equipe acadêmica a uma Unidade de Saúde de um bairro de Vitória - ES, para que, junto com uma assistente de saúde, fosse escolhida uma família cadastrada para ser assistida pelos estudantes. O critério da escolha do grupo familiar envolveu as múltiplas demandas relatadas pela assistente as quais aqueles indivíduos possuíam, entre elas, a presença de doenças crônicas, como Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica.

Posteriormente, o projeto se desenvolveu em três grandes momentos: 1) contato com a família e coleta de informações, 2) criação de estratégias para ampliação do acolhimento a essa família e 3) aplicação de intervenções necessárias por meio de uma equipe multiprofissional.

O contato com o núcleo familiar se deu em duas ocasiões por meio de visitas domiciliares previamente agendadas pela assistente de saúde. A troca de informações entre os estudantes e a família decorreu sob a forma de roda de conversa e para a coleta de dados foi empregada a Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 Contato com a família e a aplicação dos dois primeiros pilares do método clínico centrado na pessoa

Em primeiro lugar, é importante ressaltar a composição do grupo familiar que foi assistido pelos estudantes de medicina. A família é composta por um casal, sendo um homem de 31 anos e uma mulher de 42 anos, além de um filho do casal com 6 anos de idade e uma tia materna da criança com 36 anos. Com base nessa configuração, podemos classificar essa família como uma família extensa, que se encontra no ciclo de vida com filhos pequenos (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Para o desenvolvimento do projeto, focamos em um dos membros do grupo familiar que estava passando por um processo de adoecimento. Neste caso específico, a mulher de 42 anos foi escolhida como paciente, uma vez que ela apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo II (DMII), Insuficiência Renal Crônica (IRC) requerendo hemodiálise três vezes por semana, além de ter um histórico de encefalopatia isquêmica como sequela de uma Parada Cardiorrespiratória (PCR). O objetivo dessa atividade prática, no entanto, não foi aprender sobre os mecanismos e progressão das doenças, nem sobre o quadro clínico e sintomatologia que apresentava a paciente, mas sim compreender a experiência deste indivíduo no seu processo de adoecimento.

Stewart e outros (2017), define como o primeiro pilar do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), a seguinte expressão: “Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença”. Nessa perspectiva, busca-se investigar os sentimentos vivenciados pelo paciente diante da doença, como raiva, dor, tristeza ou medo, além de identificar como o adoecimento

afeta sua vida cotidiana. Também busca-se compreender suas expectativas em relação ao tratamento e à possibilidade de cura. Para isso, os estudantes adotaram uma abordagem de perguntas direcionadas e humanizadas, visando explorar como a paciente lida com essas questões em sua realidade, criando um ambiente mais íntimo e acolhedor.

Ainda segundo Stewart e outros (2017), o segundo pilar do MCCP se baseia em entender a pessoa de forma integral, buscando entendê-la em todo o contexto a qual está inserida, seja no âmbito individual, familiar e social. Dessa forma, podemos identificar de que maneira o adoecimento afeta as relações do indivíduo, assim como o impacto que o ambiente pode ter em seu processo de cura. É importante considerar tanto os efeitos negativos quanto os positivos que o ambiente ao redor pode exercer sobre o bem-estar e a recuperação do paciente. Segundo Kasuya e Sakai (2013), o médico deve apresentar um olhar sensível para os diversos fatores que podem ter impactos sobre o processo saúde-doença do paciente, sejam eles, a idade, o nível socioeconômico, a religiosidade, o lazer e as relações familiares. No caso em questão, os acadêmicos observaram um forte apoio familiar e de amigos para com a paciente, e como isso se torna um facilitador na vivência diária com suas enfermidades.

Além disso, a partir dos dados coletados por meio da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção básica (SIAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), foi possível classificar a família segundo a Escala de Risco de Coelho (COELHO; SAVASSI, 2004), a qual apresentou Risco 2 (médio), uma vez que a família pontuou nos seguintes aspectos: desemprego, casos de HAS e DM, e relação morador/cômodo. A escala em questão representa a incorporação de um instrumento básico cotidiano no planejamento das ações da equipe de Saúde da família a esse núcleo familiar.

3.2 Desenvolvendo estratégias e planos de intervenção envolvendo uma equipe multidisciplinar

Após a primeira visita domiciliar, os estudantes se reuniram para identificar as demandas que surgiram durante a conversa com a família. Dentre elas, algumas se destacaram: a necessidade de acompanhamento com uma equipe de fisioterapia, visando melhorar a capacidade respiratória e a mobilidade da paciente, com o objetivo de promover maior independência nas atividades domésticas e de autocuidado. Além disso, constatou-se a necessidade de uma avaliação pediátrica e psicológica para a criança de 6 anos, que vinha enfrentando inapetência e dificuldades nas tarefas escolares após o falecimento da avó materna, ocorrido no mesmo ano da visita. A avó desempenhava um papel fundamental na dinâmica familiar, tornando-se crucial compreender e abordar o impacto dessa perda na vida da criança.

Assim, em busca de solucionar tais demandas, os estudantes de medicina se reuniram com a equipe de fisioterapia da Unidade de Saúde na qual ocorreu todo o processo, e onde atuam também alunos e professores de Fisioterapia da mesma Instituição de

Ensino Superior. Dessa forma, os alunos de fisioterapia e seu docente responsável foram convidados para participar da segunda visita domiciliar ao núcleo familiar, onde fizeram uma avaliação fisioterápica da paciente e, a partir disso, traçaram metas terapêuticas de médio e longo prazo para a melhoria da qualidade de vida da paciente. Destaca-se, portanto, a importância de uma equipe interdisciplinar no cuidado do indivíduo, uma vez que permite que profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros, compartilhem seus conhecimentos e experiências, favorecendo a análise de diferentes perspectivas sobre um determinado caso clínico (PEDUZZI, 2001). Essa troca de informações e saberes contribui para uma visão mais abrangente do paciente, considerando não apenas o aspecto biológico, mas também o social, emocional e cultural.

4 | CONCLUSÃO

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma abordagem proposta para romper o Modelo Biomédico, que segue os princípios de um atendimento integral, que contemple o paciente e sua vivência, de forma individualizada. Nesse relato, o método foi colocado em prática por meio da atividade realizado no Eixo de Medicina e Comunidade, de uma Instituição de Ensino Superior do Espírito Santo. Os 3 grandes momentos desse projeto evidenciaram diversos aspectos abordados nos componentes do MCCP: o contato com a família e a coleta de informações permitiu que o grupo assimilasse o contexto familiar da paciente e parentes, além de compreender um pouco da história de como foi formado o cenário em que esses indivíduos se encontravam, intensificando a relação médico-paciente. Tais informações possibilitaram o traçado das limitações e necessidades dos pacientes, através do qual a família foi classificada como Risco 2 (médio) na Escala de Risco de Coelho.

Por conseguinte, a elaboração de estratégias utilizou desse quadro construído para integralizar e abordar o máximo de problemas possíveis, incorporando ao projeto a equipe de fisioterapia da Unidade de Saúde e o agendamento de consulta com a profissional pediatra da UBS, por meio de auxílio da agente de saúde e intermédio do grupo acadêmico. Tendo em vista o exposto, a aplicação na prática do MCCP confirmou a eficácia do modelo em cumprir o que se intenta: compreensão do paciente em seu aspecto individual e único, além do estritamente orgânico. Fez-se possível identificar necessidades particulares da paciente e seus familiares, bem como compreender sua vivência e assimilar um plano terapêutico benéfico ao cenário da família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para terapia de família. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 204.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 9 jun. 2023.

KASUYA, R. T.; SAKAI, D.H. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? **Hawaii J Med Public Health**, Hawái, v. 72, n. 2, p. 63-65, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23463853/>. Acesso em: 13 jun. 2023.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/#>. Acesso em: 13 jun. 2023.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 376p.