



ARTIGO ORIGINAL

Aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) com dor crônica
*Application of patient-centered clinical method (PCCM) to a chronic pain patient*Felipe Sparrenberger¹, Rodrigo Ferracin de Souza², Thaísa Silva Gios³, Thais Honório Porto³**Resumo**

Propõe-se uma radical transformação do método clínico. O MCCP é dividido em seis componentes: exploração da doença e da experiência de doença; entendimento do ser na totalidade; elaboração de plano conjunto de manejo dos problemas; incorporação das dimensões de promoção e prevenção; intensificação da relação médico-paciente e "sendo realista". Este artigo busca desvelar o itinerário terapêutico de uma pessoa encaminhada ao Ambulatório de Diagnóstico Diferencial da Universidade Regional de Blumenau (FURB) para acompanhamento e avaliação, sob visão do MCCP. Trata-se de pesquisa qualitativa documental realizada a partir do atendimento de uma pessoa do sexo feminino (M.), com dor osteomuscular crônica e incapacitante. Foram analisados registros médicos e realizadas entrevistas gravadas e transcritas com a devida autorização. O foco esteve na vida conjugal e laboral e a pauta nas intercorrências médicas. Foram discutidas expectativas, pactuados os problemas a serem enfrentados e revisada a sua experiência com medicações. Antes da aplicação do MCCP, M. não sabia dizer por que havia feito tantos exames, cirurgias e tomado tantos remédios. Agora entende informações a respeito de sua doença, expressa suas opiniões e compartilha decisões. Ao usar o MCCP entende-se melhor o processo de adoecimento, proporcionando consulta mais satisfatória para as partes envolvidas na aliança terapêutica. Há uma evidente relação entre a inclusão das várias dimensões referentes à perspectiva da pessoa e o resultado da consulta médica. Essa vantagem justifica as propostas de atendimento médico apoiado no modelo centrado na pessoa.

Descritores: Analgésicos opióides\efeitos adversos. Diagnóstico biopatográfico\métodos. Diagnóstico diferencial. Dor intratável. Registros médicos.

Abstract

A radical transformation of the clinical method is proposed. The PCCM is divided into six components: assessment of the illness and its experience; comprehension of the individual as a whole; design of a common problem management; incorporating promotion and prevention dimensions; intensification of the doctor-patient relationship and "being realistic". This article aims at unveiling the therapeutic itinerary of a person referred to the Differential Diagnostics Ambulatory of the Regional University of Blumenau (FURB) for assessment and follow-up, under the PCCM perspective. This is a qualitative documental research conducted from the care of a female person (M.), with chronic and disabling osteomuscular pain. Medical records were analyzed and with due consent interviews were recorded and transcribed. The focus was on the marital and the working affairs, and the schedule on the medical interurrences. The expectancies were discussed, the problems to be dealt with were agreed, and her experience with the medication was revised. Before the application of the PCCM, M. wasn't aware of the reason she had undergone so many exams and taken so many medicines. Currently she comprehends information about her disease, expresses her opinion and shares decisions. By using the PCCM the process of sickening is better understood, providing a more satisfying consultation for the involved parts in the therapeutic alliance. There is an evident relation between the inclusion of many dimensions concerning the person's perspective and the results of the medical consultation. This advantage justifies the proposals of medical care/service based on the person-centered model.

Keywords: Analgesics opioid\adverse effects. Biopathographic diagnosis\methods. Diagnosis differential. Pain intractable. Medical records.

1 Doutor em ciências médicas, professor da Universidade Regional de Blumenau- SC.

2 Especialista em Ortopedia, professor da Universidade Regional de Blumenau- SC.

3 Internas de Medicina da Universidade Regional de Blumenau-SC.

Introdução

Há muito tempo tem se assinalado o fracasso da prática médica convencional em responder integralmente às necessidades e expectativas dos indivíduos. O modelo biomédico é claramente insuficiente para atender ao adoecimento em sua totalidade, especialmente quando precisa lidar com o sofrimento na vida cotidiana dos indivíduos. A inclusão da perspectiva da pessoa passa a ser considerada fundamental na atenção médica¹⁻⁴. Uma destas propostas, denominada Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é dividida em seis componentes¹.

O primeiro deles visa a exploração e a interpretação daquele que demanda o cuidado. É absolutamente necessário que o médico entenda o que o problema representa para cada indivíduo em particular^{1,2}.

O segundo componente visa entender o ser em sua totalidade: o indivíduo e o seu entorno familiar¹. O terceiro componente é o entendimento conjunto entre o médico e a pessoa a respeito da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento. Significa a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando os papéis a serem assumidos por ambos os lados¹.

O quarto componente enfatiza a incorporação de medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde; assim como a importância do médico e do paciente nessa função, trabalhando em conjunto¹.

O quinto componente discorre sobre a intensificação da relação médico e pessoa. O relacionamento é baseado na troca fundamental entre dois indivíduos. Envolve atenção, sentimentos, confiança, poder e uma sensação de propósito¹. O sexto e último componente é denominado "sendo realista", e enfoca a viabilidade em relação a custo e tempo¹.

Esta pesquisa documental e biográfica busca desvelar o itinerário terapêutico de uma pessoa encaminhada ao Ambulatório Universitário da Universidade Regional de Blumenau (FURB) para fazer o diagnóstico diferencial de uma dor generalizada que não melhorava com remédio algum, assim como aplicar uma medicina centrada na pessoa, orientada pelos seis componentes do MCCP.

Métodos

Esta pesquisa qualitativa documental biográfica foi realizada a partir do atendimento de uma pessoa do sexo feminino, que veio encaminhada pela rede básica para realizar o diagnóstico diferencial de uma dor osteomuscular crônica e incapacitante. A mulher de 41

anos, operária, foi submetida a extensa investigação médica prévia e sofreu seis cirurgias. Foi aposentada precocemente, há pouco menos de um ano. Mostra-se indiferente, desorientada e alienada em relação a sua doença.

Foram realizadas três entrevistas de 60 minutos de duração. As duas primeiras estiveram focadas na vida pessoal, profissional, psicológica e patológica, que incluíam tratamentos prévios e tratamento atual, além de seu conhecimento sobre o assunto. A pauta esteve nas intercorrências médicas identificadas pelos registros médicos que se conseguiu coletar. A primeira entrevista foi individual e as demais com a mãe, que é uma informante-chave. Na última foram discutidas expectativas, pactuados os problemas a serem enfrentados e revisada a sua experiência com medicações no que diz respeito à produção de sensação de bem-estar, efeitos adversos, prevenção e alívio da dor. A gravidade dos sintomas algícos foi usada como linha de base. Para esta mensuração foram utilizadas uma escala de faces e outra figura que destaca os sítios anatômicos onde os sintomas osteomusculares são mais comuns. As entrevistas foram registradas em gravador portátil, sendo posteriormente transcritas literalmente em um editor de texto.

Previamente às entrevistas todo o material foi analisado exaustivamente. Os instrumentos da coleta de dados iniciais foram os registros médicos (fichas de evolução ambulatoriais e hospitalares, relatórios anestésicos e cirúrgicos, análises clínicas, imagens, receitas, relatórios do médico assistente, pareceres destinados à previdência social, bem como as conclusões periciais). Estas informações foram organizadas em tabelas, divididas por ano, de 2000 a 2011, e analisadas por todos os três participantes, para reduzir-se os erros de interpretação da realidade. O prontuário hospitalar, os boletins de internação e resumo de alta foram interpretados e transcritos por três dos autores da pesquisa.

O acompanhamento foi orientado, sempre que possível e necessário, por consensos ou diretrizes baseados em evidências, elaborados para o controle dos problemas identificados^{5,6,7,8}.

Neste estudo obteve-se o consentimento informado e reservou-se a privacidade da paciente, de acordo com as recomendações éticas para este tipo de produção científica⁹.

Resultados

O projeto comum de manejo dos problemas estabeleceu-se como: dor crônica e disfunção do quadril, depressão crônica, fibromialgia, abuso de opióides, constipação crônica e cessação do tabagismo.

Foram avaliados o grau de dependência de nicotina, critérios diagnósticos de depressão e as características da constipação intestinal, além da busca de *tender points* (sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos).

O critério de resposta dolorosa em pelo menos 11 pontos (*tender points*), dos 18 totais, é recomendado como proposta de classificação de fibromialgia, mas não deve ser considerado como essencial para o diagnóstico¹⁰. Neste caso foram localizados dez pontos: occipital direito, trapézio direito e esquerdo, supraespinhal direito, glúteos direito e esquerdo, grande trocânter direito e esquerdo, segunda costela esquerda, joelho esquerdo. Não houve dor à palpação de região cervical e epicôndilos laterais.

Para avaliação do grau de dependência da nicotina foi utilizado o Teste de Fargestrom⁶. O resultado mostrou baixa dependência, alcançando quatro de um total de dez pontos.

Segundo os critérios diagnósticos para Depressão da Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10), M. apresenta Episódio Depressivo leve, por ter dois sintomas fundamentais (humor deprimido e perda de interesse) e dois sintomas acessórios (auto-estima e autoconfiança reduzidas e visões desoladas e pessimistas do futuro)⁷.

Ao aplicarmos a escala de avaliação da constipação intestinal⁵, de um total de 16 pontos, M. apresenta 13. Evidencia um escore elevado, com muitos sintomas associados como distensão abdominal, presença de flatos e dor à evacuação. M. apresenta alto risco para constipação intestinal, já que apresenta baixo consumo de fibras, depressão associada, uso freqüente de analgésico opióide e mobilidade diminuída.

Quanto ao *Bristol Stool Chart*⁵, em sua escala que avalia as características das fezes, observamos que a pessoa refere constipação crônica com impactação fecal do tipo I.

A lista de problemas, os objetivos e os papéis a desempenhar foram decididos conjuntamente. Identificaram-se fatores de risco para osteoporose: sexo feminino, tabagismo, baixo índice de massa corpórea, uso de prednisona oral em dose maior do que cinco mg/dia por período superior a três meses e ingestão elevada de cafeína⁸.

Orientações sobre uma dieta funcional para os intestinos e sobre a importância de realizar atividade física regular e adaptada à sua deficiência foram fornecidas. As relações foram intensificadas através de troca de celulares, contatos frequentes e agenda livre.

Finalmente, o realismo foi buscado, a dificuldade em se alcançar a completa remissão dos sintomas foi compreendida e um auxílio no mapeamento de equipamentos públicos e comunitários que oferecessem hidroginástica e terapia cognitivo-comportamental foi fornecido.

As condutas iniciais foram o manejo integrado, usando os consensos nacionais de fibromialgia e constipação intestinal induzida por opióides e as diretrizes recentes de tabagismo e depressão, além do prosseguimento da investigação com densitometria óssea e nova avaliação ortopédica^{5-8,10}.

Pactuaram-se medicações analgésicas e ansiolíticas de resgate. Foi programada redução graduada da codeína 30 mg, de 12/12 horas, iniciando em conjunto a administração de nortriptilina, medicação de segunda escolha para iniciar o tratamento do tabagismo, episódio depressivo e fibromialgia. A dose inicial foi de 25mg, progredindo em três dias até a dose total de 75mg, com tomada noturna. O ibuprofeno foi mantido em 300mg, de 6/6h dia.

Como medicações de resgate foram deixadas o clonazepam 0,5 mg para o caso de ansiedade e o uso de uma associação medicamentosa (cada comprimido contém cafeína 30mg, carisoprodol 125mg, diclofenaco sódico 50mg e paracetamol 300mg) para o caso de dor, apesar do uso das medicações nos horários prescritos.

Discussão

No caso estudado é nítida a nova percepção da paciente que se torna pessoa em compreender o que estava acontecendo com ela própria. Antes da aplicação do método, M. não sabia por que tinha feito tantas cirurgias, não sabia dizer que doença tinha, nem o motivo de fazer tantos exames e usar tantos medicamentos. Era simplesmente uma "paciente" obediente e submissa, que não perguntava, não era escutada e que cumpria todas as prescrições e solicitações médicas.

Após a utilização do MCCP, M. consegue dizer qual o seu diagnóstico e numa linguagem médica prática e didática, quase infantil, consegue compreender o significado desse diagnóstico, o desenho do que aconteceu com seu próprio corpo. Agora, M. consegue relacionar seus piores momentos de dores com a crise conjugal e a instabilidade familiar. M. consegue compreender que sua doença dependia também das condições da sua casa e da sua família. As dores, o incômodo, a irritabilidade, o uso abusivo de medicamentos refletia a sua realidade social, principalmente a familiar. Na última consulta ela surpreende: aparece de batom nos lábios

e delineador nos olhos. Estava mais feliz, valorizada, confiante e esperançosa.

Diante do exposto, resta afirmar que a medicina, na caminhada milenar do mito à verdade científica, não se sente extenuada, mas, pelo contrário, as dificuldades estimulam a prosseguir na busca de recursos novos, que beneficiem a própria profissão e a arte de diagnosticar e curar.

Ao usar o MCCP entende-se melhor o processo de adoecimento, proporcionando consulta mais satisfatória para as partes envolvidas na aliança terapêutica.

Há uma evidente relação entre a inclusão das várias dimensões referentes à perspectiva da pessoa e o resultado da consulta médica. Essa vantagem justifica as propostas de atendimento médico apoiado no modelo centrado na pessoa ^{1,2}.

O médico deve dotar-se de algumas habilidades da comunicação para o estabelecimento de um vínculo que alcance os objetivos do modelo centrado na pessoa.

O surgimento de novas morbidades, como as doenças crônicas degenerativas, e de novas demandas, como drogadição, maus-tratos, abuso sexual, dificuldades escolares e conflitos familiares, trazem para as consultas médicas queixas vagas ou expressas em sintomas orgânicos como dores abdominais, osteomusculares e cefaléia recorrente, que podem ser vistas como expressão do sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos ².

O modelo biomédico é insuficiente para atender ao adoecimento em sua totalidade, especialmente quando se refere ao sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos. O médico preocupa-se mais em se manter atualizado sobre os constantes avanços da ciência médica do que em tentar compreender os sentimentos e as preocupações do doente. Contudo, há muito que se sabe que a satisfação dos doentes é, primariamente, induzida pela sensação de ser escutado e compreendido ^{1,2,12,13}.

Numa relação entre médico e pessoa, centrada na segunda, tem que se aceitar o conhecimento que o doente tem de sua doença, tão importante para o resultado final, como o conhecimento científico do médico. Por isso é que se diz que a consulta médica é um verdadeiro encontro entre dois peritos ¹³.

Referências

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et AL (editores). Medicina centrada na pessoa. Transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 376p.
2. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SSA, et al. A

inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Med 2010; 34(4): 598-606.

3. Balint M. O médico, o seu doente e a doença. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975. 332p.
4. Pendleton D, Schofield T, Tate P, et al. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed; 2011. 159p
5. Caponero R (coordenador). Consenso brasileiro de constipação intestinal induzida por opióides. Rev Bras Cuid Paliat 2009; 2 (3-Suppl 1). p.1-40.
6. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol 2008; 34(10): 845-80.
7. Fleck MPA, Laferb B, Sougeyc EB, et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(2): 114-22.
8. Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica. Consenso brasileiro em densitometria clínica. 2003. Disponível em: <http://osteodens.com.br/pages/consenso.php>
9. Goldim JR, Fleck MP. *Ética* e publicação de relatos de caso individuais [Editorial]. Rev Bras Psiquiatr 2010; 32: 1-2
10. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Fibromialgia. In: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Reumatologia. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2004. p.121-33
11. Dichi J, Dichi I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. Rev Bras Educ Med 2006; 30(2): 93-7.
12. Grossman E, Cardoso MH. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med 2006; 30(1): 6-13.
13. Ramos V. A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008. 126 p.

Endereço para correspondência:

Prof. Felipe Sparrenberger
Departamento de Medicina – Universidade Regional de Blumenau
Rua Antônio da Veiga, 140
89012-500 Blumenau – SC
E-mail: sparrenb@furb.br