

# 1 QUALIDADE DE VIDA E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR COM PACIENTES CRÔNICOS.

*Rosilaine Mesojedovas<sup>1</sup>*  
*Herminia Prado Godoy<sup>2</sup>*

**.RESUMO:** Trata-se de um artigo que extraí do meu trabalho de conclusão do curso de especialização em Gestão em Saúde: Administração Hospitalar e Saúde Pública com ênfase em Programa de Família, no Centro Universitário Brasileiro – UniItalo, no qual realizei uma pesquisa sobre planos de saúde e os doentes crônicos. Com esta pesquisa pude verificar que apesar de estarmos no século XXI, onde a informação e a comunicação são veículos ao alcance da grande maioria das populações, quer pelo rádio, TV, internet, informativos de saúde, etc, o processo educativo para os doentes crônicos continua sendo uma árdua tarefa. Temos a impressão que existe um bloqueio em nossas mentes para as questões que implicam “sacrifícios” em prol da melhoria do estado de saúde, tais como praticar exercícios físicos, deixar de ingerir alimentos e/ou bebidas causadores do agravamento da doença, entre outros, sendo este comportamento um fator dificultador para o trabalho da equipe interdisciplinar que acompanha essa população. Além disso, para as operadoras de saúde, o gerenciamento de crônicos produziu uma despesa tanto na implantação do programa como nos meses seguintes ao acompanhamento dos pacientes e uma expectativa na redução de custos no longo prazo. As particularidades de cada indivíduo comprometem o propósito do programa uma vez que cada um defende sua própria dificuldade e interesses.

**Palavras-Chave:** Pacientes crônicos, Custo assistencial e Sinistralidade.

**ABSTRACT:** This is an article which I extracted from the graduating paper of the course in Health Management: Public Health and Hospital Administration with an emphasis in Family Program, in Centro Universitário Brasileiro – UniItalo. In this paper, the research was about health plans and chronic patients. Throughout the text, it will be shown that, although it is the

---

<sup>1</sup> Trabalho monográfico de conclusão do curso de especialização (*latu senso*) em: gestão em saúde: administração hospitalar e saúde pública com ênfase em programa de família. Sob a orientação da Profa. Dra. Herminia Prado Godoy. UNIITALO: São Paulo, 2014. Contato: [rosimeso@gmail.com](mailto:rosimeso@gmail.com)

<sup>2</sup> Herminia Prado Godoy. Orientadora: UNIITALO: São Paulo, 2014. CV: <http://lattes.cnpq.br/1130515834292714>; E-mail: [herminia@osite.com.br](mailto:herminia@osite.com.br)

21<sup>st</sup> century, where information and communication are vehicles accessible to most people, either by radio, television, Internet, health informative, etc., the educational process to chronic patients is a hard task. We have the impression that there is a blockade in our minds to the questions that imply “sacrifices” in favor of the improvement of our health, as exercising, not eating certain food and/or drinks that may worsen the condition, etc. This behavior is a complicating factor to the working team that takes care of these patients. Moreover, when it comes to the health companies, the management of chronic patients produces certain expense in the implantation of the program and during the following months, and an expectation of the cost reduction in a longer term. Each individual’s particularities compromise the objective of the program, once each one defends their own difficulties and interests.

**Keys-Word:** Chronic patients, Care costs, and Accident.

## 1 INTRODUÇÃO.

Sou enfermeira e durante a graduação de enfermagem estagiei em uma empresa de gestão da saúde na qual conheci e desenvolvi tarefas supervisionadas voltadas a pacientes portadores de doenças não transmissíveis tais como:

1. Levantamento de perfil epidemiológico de pacientes crônicos;
2. Participação na elaboração de manuais de orientação para pacientes crônicos;
3. Participação de pesquisa/elaboração de matéria para informativo mensal de orientação ao usuário;
4. Orientação telefônica a pacientes portadores de Hipertensão, Diabetes e Obesidade;
5. Mediação de conflitos relacionados a operadores de saúde, prestadores de serviços e beneficiários;
6. Colaboração e participação na elaboração de questionário de pesquisa de satisfação do cliente/paciente e tabulação dos resultados.

Esta vivência contribuiu para que eu optasse a não seguir a carreira de enfermeira assistencial. Existem várias áreas de atuação dentro da enfermagem:

1. Enfermeiro auditor (realiza o controle de custos, qualidade do atendimento ao cliente, pagamento justo da conta hospitalar, a transparência da negociação fundamentada na conduta ética);
2. Enfermeiro de centro cirúrgico (orienta e prepara carrinhos cirúrgicos, material para posicionamento, prepara salas operatórias, testa equipamentos, auxilia no procedimento anestésico e cirúrgico);
3. Enfermeiro de terapia intensiva (realiza cuidado assistencial, supervisiona a ação do grupo técnico de enfermagem, controla medicação e prescrição);
4. Enfermeiro do Trabalho (atua em empresas, estuda as condições de segurança e periculosidade, executa e avalia programas de prevenção de acidentes e doenças profissionais e não profissionais);
5. Enfermeiro nefrologista (atua na assistência ao paciente dentro de unidades de diálise/hemodiálise);
6. Enfermeiro neonatologista (atua com assistência a gestante, a parturiente, a puérpera ao recém-nascido logo após o nascimento até os 28 dias);
7. Enfermeiro obstétrico (assistência realizada a gestante durante todo o processo: pré-parto, parto e puerpério – pós-parto);
8. Enfermeiro psiquiátrico (cuidado assistencial a paciente com transtorno mental);
9. Enfermeiro puericultor e pediátrico (cuidado assistencial em saúde infantil e pediátrica);
10. Enfermeiro sanitaria (fiscalização de hospitais, medidas de controle de infecção, gerenciamento dos resíduos, utilização de produtos químicos e farmacêuticos como dosagem, administração e armazenamento);
11. Enfermeiro gestor (administrar a assistência em todas as áreas de prestação de serviços, planeja, organiza, direciona e cobra resultados nos processos de trabalho que envolve a assistência ao paciente/cliente e tomada de decisão).

Após minha formação acadêmica, permaneci na empresa e exerci as funções de enfermeira auditora e após um ano fui promovida a enfermeira coordenadora. Minha área era gerenciar programas de pacientes crônicos em empresas clientes da minha. Nessa tarefa observei que existem vários fatores que contribuem para que o paciente não mantenha o tratamento e condutas propostas pelo programa.

O envolvimento do paciente e familiar em todas as etapas do cuidado é adquirido com as estratégias de prevenção fundamentada e promovida com sustentação fornecida pela educação em saúde oferecida aos pacientes, pela utilização de protocolos assistenciais e pelo trabalho da equipe.

Japiassu (1976) destaca que:

[...] do ponto de vista integrador, a interdisciplinaridade requer equilíbrio entre a amplitude, profundidade e síntese. A amplitude assegura uma larga base de conhecimento e informação. A profundidade assegura o requisito disciplinar e/ou conhecimento e informação interdisciplinar para a tarefa ser executada. A síntese assegura o processo integrador.

O controle da saúde dos pacientes e dos seus hábitos de vida é realizado por meio das visitas periódicas da equipe, que efetuam verificações e monitoramentos determinados conforme os protocolos de patologias crônicas.

A interdisciplinaridade na área da saúde envolve a atuação de vários profissionais com um objetivo em comum que é a recuperação, manutenção e promoção da saúde, além da estabilização e compensação da doença em paciente crônico. Essa atuação permite disseminar e ampliar o conhecimento do paciente no que se refere ao seu entendimento sobre saúde, tecnologia, doença, tratamento e equilíbrio emocional, permitindo que o mesmo se sinta acolhido e amparado.

Para Freire (1987), a interdisciplinaridade é o processo metodológico baseado na construção do conhecimento fundamentado na realidade e cultura do indivíduo.

Por meio do tratamento medicamentoso rigoroso, dieta alimentar específica quanto à patologia, atividade física adequada e liberada pelo médico assistente, que o paciente tem maior condição de se manter estável o que permite um desempenho com autonomia em suas atividades de vida diária.

Alguns pacientes apresentam o desconforto do efeito colateral das medicações, o que contribui para a não adesão ao tratamento. Quando isto ocorre é necessária a ida do paciente ao pronto socorro e em casos mais graves é preciso internação para a estabilização do quadro, o que gera mais custos as operadoras de saúde e sequelas em muitos casos irreversíveis aos pacientes.

A equipe interdisciplinar deve procurar meios de amenizar as queixas do paciente e tratar o problema exposto. Após o relato o profissional necessita estabelecer novas condutas de modo que o paciente entenda, assimile e passe a por em prática todas as orientações sobre saúde e controle de sua patologia (AUN, 2012).

A proposta deste trabalho foi a identificação das causas da não adesão dos pacientes crônicos aos programas e possíveis ações para superá-las.

Com o apontamento das causas é possível a adoção de medidas no sentido de remover os obstáculos causadores da não adesão. Com isso, pessoas portadoras de doenças crônicas, antes resistentes aos programas, poderão estar mais pré-dispostas a realizar a sua adesão.

A elaboração desta pesquisa pode contribuir para uma nova metodologia a ser aplicada no gerenciamento dos pacientes portadores de doenças crônicas.

Grandes empresas, como as de São Paulo, passaram a levar em conta a necessidade da implementação de programas de pacientes crônicos e de qualidade de vida, em decorrência do alto custo gerado pelos usuários dos planos de saúde. Além disso, por parte das empresas houve um aumento na preocupação com seus funcionários e dependentes para mantê-los saudáveis e seguros (OGATA, 2009a).

Segundo Michaelis (2009), a multidisciplinaridade é a integração de várias áreas do conhecimento para a resolução de problemas ou estudo de fenômeno.

Antes de o paciente ser elencado para o programa, ele era tratado dentro de um conceito básico de acompanhamento, ou seja, por um processo multidisciplinar onde passava em consulta com o especialista específico de sua patologia e quando necessário era encaminhado para outra especialidade para complementar seu tratamento, mas, de uma forma isolada. O cuidado por meio do processo interdisciplinar propicia a intervenção de vários profissionais para atender ao paciente e suas necessidades de uma forma integrada; desta forma as empresas esperam que gastos assistenciais gerados por uma utilização inadequada no plano de saúde possam ser reduzidos.

A equipe interdisciplinar além de orientar e educar o paciente sobre todos os meios de manter o bem estar e segurança deve buscar sempre outros caminhos e recursos e transmiti-los ao paciente.

Conforme Marx (1998) a visão holística da enfermagem no cuidado ao paciente é fundamental para que o indivíduo seja tratado como um todo e não em fragmentos. A humanização no cuidado permite muito mais que tecnologias avançadas, permite tratar o paciente nas suas necessidades básicas e específicas respeitando sua dependência e fragilidade já que se encontra debilitado e necessitado de cuidados.

O estudo foi realizado a partir de registros de minhas memórias em minha atuação profissional, sobre o comportamento de pacientes com doenças de base como: Hipertensão Arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade, durante minha atuação profissional.

A análise descritiva foi realizada para descrever fatos, acontecimentos ou comportamentos por meio de fala ou escrita. A análise comparativa permitiu conhecer as semelhanças ou diferenças e pôr-se em confronto.

Os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa foram as consultas de: livros, artigos, banco de teses. Dissertações, trabalhos monográficos por meio direto a fonte ou por meio virtual.

Há um grande conflito entre a cultura e a incorporação de hábitos que beneficiem tanto o paciente portador de doença crônica como os indivíduos saudáveis.

## 2 QUALIDADE DE VIDA.

Muito tem se falado em qualidade de vida, principalmente para os pacientes crônicos. O Programa de Qualidade de Vida, tem como objetivo orientar e direcionar pacientes crônicos e saudáveis a adotar medidas em seu cotidiano tais como a prática de exercícios físicos, dieta alimentar balanceada, diminuir e/ou cessar o consumo de tabaco e bebida etílica. Para os já diagnosticados como doentes crônicos, recebem orientações a respeito da importância de seguir o tratamento medicamentoso conforme prescrito, visita periódica ao médico assistente, realização dos exames para controle da patologia e etc. O processo de mudança de estilo de vida requer a conscientização e o compromisso do paciente além do envolvimento da família.

A busca para um melhor controle de patologia crônica, aliado a hábitos de vida saudável somado aos altos custos gerados nas operadoras de saúde por esta população, fizeram com que cada vez mais os gestores do setor buscassem novas ferramentas capazes de propiciar um melhor controle e maior qualidade de vida para esses indivíduos e que também se traduzisse na queda das despesas assistências.

Uma das ferramentas desenvolvidas foi o Programa de Qualidade de Vida, que consiste na melhoria da produtividade através da redução do absenteísmo e do presenteísmo e retenção de talentos; promoção da saúde com foco na prevenção primária, secundária, terciária e quaternária e consequentemente com o controle de custos de assistência médica.

O programa de gerenciamento de pacientes crônicos oferecido pelas operadoras de saúde tem como objetivo conhecer e acompanhar cada beneficiário quanto ao uso do plano de saúde e determinar ações e prevenção que proporcione uma melhor qualidade de vida e saúde.

Durante minha atuação nesse segmento, pude observar diversas formas de atuação das empresas no gerenciamento dos programas de crônicos. Na empresa 1, foi realizada uma consultoria de nutrição por se ter constatado que a alimentação oferecida aos colaboradores favorecia ao desequilíbrio alimentar. Foram elaborados três tipos de cardápios de acordo com o perfil da população e estes por sua vez, apresentaram resistência na aceitação. A empresa 2, designou um espaço para que equipe multidisciplinar realizasse as consultas e facilitasse para o colaborador e o mesmo não comparecia com as mais diversas desculpas como, “é fechamento de mês”; “cheguei atrasado e preciso adiantar o trabalho”; “não tem que me renda para eu sair do setor”. Na empresa 3, os temas das palestras eram escolhidos de acordo com os resultados do mapeamento populacional, realizadas nos mais diversos horários para atingir todo o público e a presença era sempre abaixo do esperado. Com a empresa 4, os assistidos eram de faixa etária mais elevada, tinham acesso aos hospitais de ponta o que favorecia que eles passassem no Pronto Socorro por qualquer motivo, contribuindo para a elevação dos custos e não aderência

completa ao programa. Na empresa 5, os pacientes não aderiam ao programa porque não contemplava a aquisição de medicamentos. A empresa 6, observou-se que as diferenças socioculturais e econômicas faziam a diferença. Indivíduos com alto salários e graduação foram os mais resistentes enquanto que os empregados operacionais e os aposentados de baixa renda são os que apresentam menos resistência ao programa.

A dificuldade socioeconômica é um fator predominante diante do novo perfil da população na medida em que boa parte das famílias brasileiras conta com o benefício de seus aposentados para o complemento da renda familiar, impactando na aquisição dos medicamentos, alimentos e complementos necessários ao controle da doença.

As particularidades de cada indivíduo comprometem o propósito do programa uma vez que cada um defende sua própria dificuldade e interesses.

Os obstáculos são muitos, mas, cabe a equipe multidisciplinar junto com as empresas buscarem novos mecanismos para superar as barreiras impostas pelas dificuldades observadas.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

Todo processo de mudança é lento, porque deve ser interiorizado, assimilado e posto em prática. Infelizmente vivemos em tempos que apesar de toda a tecnologia em máquinas e acessos aos mais diversos tipos de bens e serviços, as pessoas delegam exclusivamente para estes recursos toda e qualquer necessidade, entendendo que qualidade de vida se resume a isso.

Seligman (2004) pontua que ao invés de acreditar em convicções impostas em como conseguir a felicidade, alegria, entusiasmo, conforto, encantamento e bem estar, se deve atingir estes sentimentos por meio de forças e virtudes pessoais.

Incorporar novos hábitos que possam trazer benefícios é um dos maiores desafios em todos os setores da saúde pública e privada. Para um melhor entendimento do paciente é preciso em muitos casos que ele incorpore novos conceitos tanto na cultura quanto na educação, pois, são fatores que interferem diretamente no processo de mudança.

Faz-se necessária a intensificação das ações assistenciais contínuas que estimulem no portador de doença crônica a educação do autocuidado e o controle de sua patologia para obtenção de melhorias em sua qualidade de vida. Em uma das suas teorias, Orem (Teoria de Déficit do Autocuidado, 1971), define que o autocuidado é a prática de cuidados do próprio paciente para com ele, para manter-se com vida, saúde e bem estar. Além disso, Orem ressalta que a equipe de enfermagem só pode tomar para si o autocuidado no momento em que o paciente não for capaz.

Silva (1996) destaca que o cuidado da manutenção de um paciente, está associado ao seu modo ser, justamente porque o homem pensa, sente, interage social e culturalmente, por isso, é fundamental que os profissionais da saúde preste o atendimento com foco não apenas no fisiológico, mas estimule novos hábitos e posturas, estabelecendo um vínculo de confiança com base no comportamento acolhedor além de palavras técnicas.

Como as visitas da equipe interdisciplinar ocorrem tanto no ambiente de trabalho como no domicílio, foi observado que se deve ter uma atenção especial no que diz respeito ao vínculo que se cria entre o paciente e o profissional da saúde e vice-versa, para que a visita assistencial não se torne uma visita social. Alguns pacientes se sentem tão à vontade que por vezes interfere em sua compreensão que “pensa” que o profissional irá ser mais maleável/tolerante em relação aos protocolos e condutas exigidos pela sistematização do programa. Por outro lado, a postura de alguns profissionais também fica comprometida em decorrência desse elo, o que resulta no comprometimento da qualidade dos cuidados e manutenção da saúde do indivíduo.

## REFERÊNCIAS.

AUN, Michel A. **É o cliente que importa: 34 dicas para garantir a satisfação dos clientes e o sucesso dos negócios.** Rio de Janeiro: Sextante, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

OGATA, Alberto; SIMURRO, Sâmia. **Guia Prático de Qualidade de Vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para a sua empresa.** Rio de Janeiro, Ed. Elsevier. 2009.

MARX, Lore Cecília; MORITA, Luiza Chitose. **Manual de Gerenciamento de Enfermagem.** São Paulo: Rufos, Editores & Associados, 1998.

MICHAELIS – Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível no site [www.michalis.uol.com.br/moderno/portugês](http://www.michalis.uol.com.br/moderno/portugês). Extraído em 11 de abril de 2014.

OREM. D. E. **Enfermagem: conceitos da prática.** Michigan: *MacGraw-Hill*, 1971.

SELIGMAN, Martin E. P. **Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente.** Rio de Janeiro: Objetiva. 2004.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais de saúde.** São Paulo: Editora Gente, 1996.