

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Leandro Barroco Serrano de Castro

**MEDICINA CENTRADA NA PESSOA:
UMA NOVA PERSPECTIVA NA PRÁTICA MÉDICA**

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

Leandro Barroco Serrano de Castro

**MEDICINA CENTRADA NA PESSOA:
UMA NOVA PERSPECTIVA NA PRÁTICA MÉDICA**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professor Adriano de Azevedo Maury

Duque de Caxias

2021

Ficha Catalográfica

(enviado pela Biblioteca)

Se não conseguir incluir aqui, pode enviar em separado por e-mail.

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Leandro Barroco Serrano de Castro

**MEDICINA CENTRADA NA PESSOA:
UMA NOVA PERSPECTIVA NA PRÁTICA MÉDICA**

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Duque de Caxias

2021

Dedico este trabalho à minha Vó Emilia.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à minha família, minha mãe Maria Cristina, meu pai Leandro e meu irmão Gabriel. Me deram os alicerces para ser quem eu sou, o privilégio e a liberdade de seguir meu próprio caminho, aqui estou graças a eles.

Relembrar e agradecer à minha Vó Emilia, o maior exemplo de ternura o qual pude ter. E tenho certeza que, mesmo não mais presente fisicamente, estará orgulhosa de ver seu neto (preferido) tornar-se médico e uma pessoa do bem.

Agradeço à minha Tia Dita por ter tido tanto zelo e amor desde sempre, sei que reza por mim todos os dias. Assim como me considera um filho, te considero uma mãe.

Um agradecimento a todos os meus amigos (os verdadeiros), que estiveram comigo fielmente ainda que minha presença seja confusa. Em especial ao Rafael, que de fato é o número 1 e todos sabem; à Victoria, por estarmos juntos nessa caminhada desde 2016, por sempre manter o nível altíssimo das conversas e das ideias, e ainda ter me ajudado em muito a concluir este trabalho; aos amigos e irmãos do Ap. 201, são 4 anos de aprendizado mútuo e companheirismo.

Agradeço à Pamella, minha namorada, por estar comigo durante grande parte dessa jornada e sempre ter me apoiado com muito amor e compreensão. Por ter me ensinado a olhar o outro com atenção, profundidade e afeto. Este trabalho é sobre isso.

Quero agradecer a todos os professores que conheci durante a graduação e que me deixaram algum ensinamento ou lição, absolutamente todos foram importantes de alguma forma até aqui. Em especial ao professor/orientador Adriano Maury, quem me mostrou a psiquiatria como algo especial e bonito, que um acolhimento bem feito e um olhar atento a dor do outro são fundamentos básicos em qualquer encontro com a pessoa que sofre.

Não poderia deixar de agradecer à toda equipe do CMS Cyro de Mello e do CMS Maia Bittencourt, meus primeiros contatos com a Atenção Primária em Saúde e Medicina de Família e Comunidade. Foi através desses encontros que pude me encontrar na medicina e, sobretudo, escolher um caminho onde eu me sinta realizado e consiga fazer a diferença.

Com muito amor, OBRIGADO.

EPÍGRAFE

“Então você pensa que nossa medicina é muito primitiva?”

“Não é a palavra correta. Não é primitiva. É cinquenta por cento ótima e cinquenta por cento inexistente. Tem antibióticos maravilhosos, mas absolutamente nenhum método para aumentar a resistência, de modo que os antibióticos não fossem necessários. É cirurgicamente fantástica, mas quando precisa ensinar às pessoas como viver sem ter de ser fatiada e aberta, nada se diz. E é a mesma coisa o tempo todo. A+ quando é o caso de nos remendar no momento em que estamos a cair aos pedaços; mas D- quando o assunto é manter-nos saudáveis. Tirando o saneamento básico e as vitaminas sintéticas, não se encontra nada sobre prevenção. E ainda assim existe o provérbio: ‘é melhor prevenir do que remediar’.”

“Mas a cura”, disse Will, “é muito mais dramática que a prevenção. E para os médicos ela é também muito mais lucrativa.”

“Talvez para os seus médicos”, disse a jovem enfermeira. “Não para os nossos. Os nossos são pagos para manter as pessoas bem.”

“Como isso pode ser feito?”

“Nós temos nos feito essa pergunta há cem anos e chegamos a muitas respostas. Respostas químicas, psicológicas, em termos do que a pessoa come, de como faz amor, do que vê e escuta, do que sente sobre ser quem é neste tipo de mundo.”

“E quais são as melhores respostas?”

“Nenhuma delas é boa sem que as outras a acompanhem.”

Trecho do livro ‘A Ilha’ de Aldous Huxley, publicado em 1962.

RESUMO

Introdução: A medicina centrada na pessoa constitui uma metodologia clínica que visa abordar o indivíduo de forma integral, isso inclui explorar e perceber, não só os aspectos orgânicos da doença, mas também a subjetividade envolvida no processo de adoecimento. Assim, investiga-se os sentimentos e expectativas da pessoa em relação ao seu estado de saúde; prioriza-se uma comunicação atenta, clara e afetuosa; estimula-se o paciente a criar autonomia no seguimento terapêutico; e busca criar um plano curativo junto ao paciente, entendendo as prioridades e metas individualmente. Ainda, apresenta vantagens em relação à abordagem médica atual, com melhora significativa na adesão ao tratamento, melhor vínculo médico-paciente, e menores custos relacionados à encargos e gastos em gestão de saúde. **Objetivos:** Revisar e apresentar a temática de MCP, assim como analisar sua importância e relevância na ciência médica atual, suas vantagens na aplicabilidade do exercício médico, além de avaliar os desafios dessa implementação e mudança de metodologia clínica. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura, através da pesquisa de artigos em biblioteca virtual e uso de um livro base, com enfoque nos conceitos básicos de medicina centrada no paciente, além de suas implicações e importância da incorporação na prática médica. **Conclusão:** podemos perceber que atualmente existe um descompasso entre desenvolvimento tecnológico/social e humanização da atenção em saúde. A população expõe-se a falhas médicas, tratamentos e intervenções às vezes prejudiciais e desnecessárias, e o modelo de assistência médica em vigência mostra-se insuficiente para atender grande parte das demandas em saúde na atualidade. ademais, deve se pensar numa reformulação do currículo médico a fim de implementar o ensino de outros métodos clínicos e disciplinas que estimulem a comunicação e investigação da subjetividade no processo de adoecer.

Palavras chave: “Medicina de Família e Comunidade”; “Medicina Centrada na Pessoa”; “Atenção Primária em Saúde”.

ABSTRACT

Introduction: Person-centered medicine is a clinical methodology that aims to approach the individual in a comprehensive way, this includes exploring and understanding not only the organic aspects of the disease, but also the subjectivity involved in the illness process. Thus, the person's feelings and expectations are investigated in relation to their health status; attentive, clear and affectionate communication is prioritized; the patient is encouraged to create autonomy in the therapeutic follow-up; and seeks to create a healing plan with the patient, understanding individual priorities and goals. Furthermore, it has advantages over the current medical approach, with significant improvement in treatment adherence, better doctor-patient relationship, and lower costs related to health management costs and expenses. **Objectives:** To review and present the theme of SCM, as well as analyze its importance and relevance in current medical science, its advantages in the applicability of medical practice, in addition to evaluating the challenges of this implementation and change in clinical methodology. **Materials and methods:** A literature review was carried out, through the search for articles in a virtual library and the use of a base book, focusing on the basic concepts of patient-centered medicine, in addition to its implications and importance of incorporation into medical practice. **Conclusion:** we can see that there is currently a mismatch between technological/social development and humanization of health care. The population is exposed to medical failures, treatments and interventions that are sometimes harmful and unnecessary, and the current health care model is insufficient to meet most of the health demands of today. furthermore, a reformulation of the medical curriculum must be considered in order to implement the teaching of other clinical methods and disciplines that encourage communication and investigation of subjectivity in the process of falling ill.

Keywords: “Family and Community Medicine”; “Person-Centered Medicine”; “Primary Health Care”.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS Atenção Primária em Saúde

DSPSD Determinação Social do Processo Saúde-Doença

MCCP Método Clínico Centrado na Pessoa

MCP Medicina Centrada na Pessoa

MFC Medicina de Família e Comunidade

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	14
3 – OBJETIVOS	19
3.1 GERAL	19
3.2 ESPECÍFICOS	19
4 – MATERIAIS E MÉTODOS	20
6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 – INTRODUÇÃO

A humanização da medicina, sendo este tema o qual perpassa pelo papel da atuação médica, sobretudo na Atenção Primária em Saúde (APS) e Medicina de Família e Comunidade (MFC), é algo amplamente discutido na contemporaneidade, visando à melhoria do acesso à saúde integrada por meio de mudanças profundas na cultura médica de aprendizagem e trabalho. Nesse sentido, idealizada em 1995, uma das metodologias propostas para alcançar esse viés foi o método descrito como “Medicina Centrada na Pessoa” (MCP). O método foi denominado à época como uma transformação do método-clínico médico, avançando na pauta de mudança da relação médico-paciente. (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017)

A MCP busca incorporar, durante a consulta médica, aspectos globais e integrados dos indivíduos, tais como as necessidades e desejos do paciente, não havendo restrição da abordagem apenas à doença, mas sim contextualizando em eixos sócio-econômicos, culturais, ocupação, moradia, entre outros. (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017)

Assim, os principais componentes que definem o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) são: I. Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença; II. Entendendo a Pessoa como um Todo; III. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas; IV. Intensificando a relação entre a Pessoa e o Médico. (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017)

Portanto, são dois os principais pilares do método clínico centrado na pessoa que o caracterizam como único: o primeiro diz respeito ao cuidado integral da pessoa, com a identificação de suas ideias e emoções a respeito do seu processo saúde-doença e a resposta emocional a elas. O segundo ponto corresponde à identificação de objetivos comuns entre médico-paciente acerca da doença e sua terapêutica, com o compartilhamento de decisões e condutas que serão abordadas visando o objetivo de melhorar, curar e/ou prevenir doenças. Dessa forma, deve-se sempre dar ênfase à uma comunicação clara e atenta com o paciente, na qual a pessoa que busca cuidado não tenha uma participação passiva nesse processo e no vínculo médico-paciente. Logo, renuncia-se à noção hierárquica de que o profissional de saúde é quem está no comando e tem o total controle daquela relação - esse é um ponto categórico na MCP. (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017)

Com esse fim, será necessária uma mudança na forma de comunicação e relação entre o médico-indivíduo, propondo modificação de propósitos de cura e de impedir a morte para a intenção de cuidado das pessoas, considerando a perspectiva e subjetividade das mesmas.

Desse modo, é importante que ocorram mudanças nas entrevistas clínicas, com o entendimento e abrangência de dimensões físicas, psicossociais e culturais desses indivíduos, onde haja espaço para a valorização do ponto de vista e autonomia do paciente, fazendo dele um participante ativo e corresponsável pelo seu tratamento. Assim, torna-se mais fácil estabelecer confiança genuína no seguimento terapêutico, respeitando a individualidade de cada paciente conforme a sua Determinação Social do Processo Saúde-Doença (DSPSD). (RIBEIRO e AMARAL, 2008)

Além disso, é importante discutir a insuficiência do modelo biomédico tradicional na resolução de muitos problemas de saúde da população. Verifica-se que nem todo indivíduo respeita um padrão da sua DSPSD e que nem todo paciente adoece da mesma forma ou está inserido em um diagnóstico bem definido. Tal fato, deve-se em grande parte, pela mudança de perfil epidemiológico nas últimas décadas no mundo, com destaque para o Brasil, no qual há um predomínio de doenças crônico-degenerativas, em contraste ao não desenvolvimento em investimento em políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Por consequência, faz-se necessária uma abordagem integral e contínua, destacando a inclusão da perspectiva do paciente no seu processo de saúde-doença, a fim de solucionar a grande maioria das demandas em saúde da população e promover o bem estar. (RIBEIRO e AMARAL, 2008)

Tendo em vista que a mudança de comportamento por parte dos agentes de saúde, principalmente médicos, mostra-se necessária, e que a prática integral e direcionada à pessoa é pouco explorada, levanta-se a discussão acerca da formação durante a educação médica desses profissionais de saúde. Acredita-se que essa deficiência é fruto de uma graduação médica a qual considera, de forma majoritária, apenas os aspectos biomédicos do paciente, predominando ensinamentos e habilidades técnicas-científicas, em detrimento de valores humanos, éticos e culturais durante grande parte da graduação. Assim, valoriza-se uma educação médica hospitalocêntrica e curativista, deixando a desejar o aspecto humanístico, comunicativo e empático o qual propicia a prevenção e promoção de saúde na medicina. (RIBEIRO e AMARAL, 2008)

Diante do exposto, torna-se evidente a cautela com a qualidade do atendimento médico proposto atualmente, sobretudo no que se refere ao contentamento do paciente e à resolução dos problemas de saúde mais prevalentes na população em geral. Ademais, o modelo biomédico em vigência com o passar das décadas, provou-se insuficiente para atender o processo de adoecimento em sua integralidade, especialmente no que se refere ao sofrimento no cotidiano dos indivíduos. Nesse cenário, a inclusão da perspectiva do paciente como protagonista de seu atendimento é aspecto básico da MCP, sendo fator indispensável às habilidades médicas na realização da consulta com seu paciente. (BALLESTER, *et al.*, 2016)

Outrossim, ao observarmos o perfil epidemiológico brasileiro atual, encontra-se a necessidade de profissionais cuidadores e promotores de saúde, uma vez que o modelo essencialmente curativista é incompleto e dissociado de outras teorias nas quais a saúde aborda, sobretudo de cunho oriental, indigenista, entre outros. Assim, ao não considerar questões como prevenção de enfermidades, restauração de capacidade funcional e alívio de sofrimento/dor e cuidado com aqueles que não podem ser curados, o sistema de saúde falha e não prioriza as reais necessidades de um indivíduo, confrontando a lógica de saúde integral, universal e intersetorial. (BALLESTER, *et al.*, 2016)

O estudo acerca de outras metodologias clínicas ou abordagens médicas ainda é pouco difundido na classe médica, principalmente no meio acadêmico. Dessa forma, esse trabalho propõe elaborar, por meio de uma revisão de literatura acerca da MCP, além de entender e explicar sobre o método clínico diferente do habitual, mas que busca em seu centro principal de discussão o fortalecimento do vínculo médico-paciente e a efetivação da comunicação entre esses personagens.

Portanto, esse projeto tem como objetivo definir e apresentar o MCCP, assim como a importância de sua implementação na prática médica e os desafios para isso no século XXI. Além disso, estabelecer relação do MCCP com outros modelos de prática médica sem deixar de pontuar e ressignificar convicções equivocadas a respeito do MCCP. Além de princípios técnicos e científicos, é papel do médico saber lidar com vidas humanas, ter empatia, e respeitar a individualidade e autonomia de cada pessoa, sendo um mediador entre a pessoa e a sua terapêutica, não apenas um interventor.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A metodologia clínica adotada pelos médicos é uma expressão prática de uma teoria da medicina. Esse conceito teórico costuma englobar a natureza e determinantes do processo saúde-doença, entendimentos do processo saúde-doença, relação entre mente e corpo e também a forma como fazemos um diagnóstico ou nos relacionamos com o indivíduo que busca ajuda. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ao longo dos anos, a medicina não valorizou áreas das ciências humanas, como a Filosofia e Sociologia, e não ampliou seu leque de observação às questões humanísticas referentes ou não à psique humana. (STEWART, *et al.*, 2017) De fato, uma vez que tanto avanço e sucesso foi obtido através da ciência médica no último século, por que questionar nossas hipóteses já estabelecidas?

De todo modo, acredita-se que o fim do século XIX tenha sido o momento em que Medicina e a Filosofia tornaram-se dissociadas. Os médicos passaram a se ver como praticantes de uma ciência quase que exata, e firmemente baseada em fatos observacionais. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesse sentido, apesar da medicina atual suceder da tradição hipocrática e consequentemente grega, o método clínico que dominou por quase 200 anos tem suas origens no Iluminismo europeu do século XVII. Este foi o século de pensadores como Galileu, Newton e Descartes, sendo fruto de ideias geradas à época que temos vivido até o momento atual. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesse momento, a razão foi posta como a única forma possível de estabelecer teorias, a matemática e a física eram os modelos aplicados, e a ciência como conhecemos hoje nasceu. Todavia, a razão sempre foi definida com uma lógica formal, dissociada da experiência do ser, e buscando leis universais para explicar fenômenos naturais inerentes ao corpo e a psique humana. (STEWART, *et al.*, 2017)

Dentre as figuras relevantes do século XVII, aquele que merece destaque, pois influenciou a ciência médica, é René Descartes. Foi ele quem propôs o método de separação entre mente e matéria; a separação entre sujeito e objeto, bem como a redução de fenômenos complexos aos seus elementos mais simples. (STEWART, *et al.*, 2017)

A ideia de Descartes de que o corpo é simplesmente uma máquina composta de nervos, músculos e sangue – e que continuaria exercendo suas funções independentemente da existência da mente – trouxe grandes resultados para a medicina. Deixou-se de lado o conceito vitalista da medicina pré-moderna, onde considerava-se a existência de uma força vital responsável pela manutenção da saúde e da vida e fez-se possível a evolução das ciências básicas da área. Assim, a metodologia reducionista de Descartes para a investigação e a separação entre sujeito pensante e o corpo físico permitiu que a biologia fizesse enorme progresso. (STEWART, *et al.*, 2017)

No entanto, é importante salientar que, ao contrário da física e matemática, ciências fortemente reducionistas, a biologia apresenta pluralidade de forma e função. Os sistemas - ou objetos - biológicos são complexos, e a metáfora de organismos vivos como máquinas não se sustenta. Logo, é um conceito ilusório e destrutivo para os avanços no entendimento de sistemas vivos e heterogêneos, os quais se auto-organizam, crescem, desenvolvem, adaptam, reproduzem, envelhecem e morrem. (STEWART, *et al.*, 2017)

As pessoas que procuram uma consulta médica são organismos complexos, portanto realizam todas essas coisas. Nessa perspectiva, é necessário perceber que, apesar dos avanços, os problemas não resolvidos por Descartes continuam danificando as fundações conceituais da Medicina e da ciência. Assim, questões inerentes ao ser humano continuam sem respostas: como pode uma mente não material agir sob um corpo físico? Qual é a relação entre a mente do observador e o mundo dos fenômenos? (STEWART, *et al.*, 2017)

Dando seguimento à linha de pensadores que contribuíram para o desenvolvimento da ciência biomédica, foi no contexto intelectual do século XVII, que apareceu o primeiro médico a usar a observação sistemática do indivíduo como metodologia clínica: Thomas Sydenham. Este, detalhou os sintomas e o curso da doença, suprimindo todas as hipóteses abstratas baseadas em teorias não fundamentadas. (STEWART, *et al.*, 2017)

Assim, Sydenham agrupou doenças em categorias – algo inovador para a época, acreditando que poderiam ser classificadas por sua descrição, assim como a botânica fazia com as espécies de plantas. Além de buscar um remédio para cada “espécie” de doença, sua metodologia resultou na identificação pela primeira vez de síndromes, como a Coreia e gota aguda. No entanto, a grande contribuição de Sydenham foi estabelecer relação entre as categorias de doenças com sua evolução e desfecho, oferecendo-lhes valor preditivo. (STEWART, *et al.*, 2017)

Após Sydenham, o próximo grande avanço - e que deu as bases para o método clínico moderno, seria dado por médicos franceses do século XVIII e XIX, os quais tinham a patologia clínica como foco de seus estudos. O principal deles foi Rennè Laennec, que elaborou uma metodologia que tinha como meta de sua investigação apurar e solucionar três pontos: I. Descrever a doença no cadáver de acordo com o estado alterado dos órgãos; II. Reconhecer, no corpo vivo, sinais físicos definidos, tanto quanto possível, independentemente dos sintomas; III. Combater a doença por meios que a experiência mostrou serem efetivos. Em seguida, reunia-se o que foi obtido de sinais e sintomas na investigação clínica, e os dados descritivos da anatomia da doença. (STEWART, *et al.*, 2017)

Tendo isso, pela primeira vez os médicos tinham um sistema de classificação de doenças bem estabelecido: a conexão entre sinais, sintomas e a aparência de órgãos e tecidos após a morte. Logo, esse método demonstrou ter alta serventia preditiva, além de receber revalidações de peso quando Pasteur e Koch, por meio da microbiologia, mostraram que algumas enfermidades tinham agentes causadores próprios. Como era de se esperar, a metodologia clínica com raízes nesse sistema ganhou força, e desenvolveu-se gradualmente durante o século XIX até ganhar o molde que conhecemos hoje. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesse ponto, é importante a análise das metodologias clínicas sendo agrupadas em duas diferentes vertentes. Uma com ênfase na doença – a qual segue a escola grega de Cnido, onde a doença é tida como algo independente do paciente, centrando sua atividade no diagnóstico e na ciência; e outra com foco nos significados, singularidades e experiência da doença de cada indivíduo – que identifica-se com a escola grega de Cós, na qual o doente é o problema real da medicina. (BEDRIKOW e CAMPOS, 2011)

Essa divisão compreende a descrição de duas correntes de pensamento feita por Crookshank ao teorizar sobre o diagnóstico - o modelo ontológico/convencional, e o fisiológico/natural. No primeiro, a doença é um evento localizado no corpo, a qual pode teoricamente ser separada da pessoa enferma e há uma constante tentativa de agrupar e nomear a doença; no segundo modelo, o indivíduo adocece devido a um desequilíbrio do organismo, entre o organismo humano e o ambiente. (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017)

Nessa perspectiva, o modelo fisiológico refere-se à pessoa como um todo e descreve a experiência com a doença em todas as suas dimensões, e seus nomes ou categorias, apenas um conjunto de observações usadas pelos médicos para guiar uma terapia e prognóstico. Ademais,

Crookshank observou que os melhores médicos, em qualquer recorte histórico, conseguiram balancear ambos os métodos. Desse modo, o método clínico centrado na pessoa pode ser visto como um ajuste do modelo clínico que, no passado, ampliou-se demasiadamente na direção ontológica. (STEWART, *et al.*, 2017)

Seguindo nesse panorama, é entendível que as críticas – e consequentemente novas propostas – ao método clínico moderno, tenham vindo de áreas médicas em que se vivencia, de forma profunda, as imprecisões de um modelo onde a abordagem integral do indivíduo seja negligenciada. (STEWART, *et al.*, 2017)

Dessa forma, foram nos campos da Psiquiatria e Clínica Geral que surgiram ideias que enriqueceram no advento do MCCP. Assim, na década de 1950, o psiquiatra Michael Balint iniciou um trabalho minucioso no qual consistia em acompanhar médicos e suas respectivas respostas emocionais na condução de casos complicados. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ademais, Balint traçou a diferenciação entre diagnóstico “integral” e diagnóstico tradicional; reforçou a necessidade do médico se tornar ouvinte e da mudança pessoal exigida por parte do médico; e ainda utilizou, pela primeira vez, termos como “medicina centrada na pessoa”, “as ofertas da pessoas” e “as respostas do médico”, a convicção de médico em sua “função apostólica”, e o “médico como remédio”- chamando atenção à forte influência para o bem ou para o mal da relação médico-paciente. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesse ponto, a crítica de que médicos precisam se preocupar com seu próprio crescimento emocional tanto quanto com as emoções das pessoas foi vanguardista para a época. No entanto, apesar dos avanços, a metodologia de Balint ainda seguia a conduta dualista da época e manteve-se restrita aos pacientes psiquiátricos, não aplicada àqueles problemas clínicos comuns. (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017)

Na década de 1970, George L. Engel, outro médico psiquiatra e de tendência psicanalista, formulou uma teoria geral da doença e da cura ao associar os dados biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo – dando origem ao modelo biopsicossocial de abordagem à doença. Nesse sentido, a crítica de Engel acerca do método clínico em vigência tinha a ver com a origem não-científica das concepções do médico acerca dos aspectos sociais e interpessoais das vidas das pessoas, fundamentado em tradições, costumes, meio social e cultural, senso comum e, por muitas das vezes, uma autorreferência altamente pessoal por parte do profissional. Assim, distanciando ainda mais a relação entre médico-paciente ao perpetuar uma

visão onde a pessoa que busca cuidado não é observada em sua integralidade. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesta perspectiva, no século XX o médico e historiador Pedro Laín Entralgo defendeu o fracasso da medicina moderna em integrar a vida do paciente e a doença a falta, dentre outras coisas, de uma metodologia, uma técnica que fomentava a associação entre vivência pessoal e parecer patológico. Para ele, a forma de se explorar isso seria, sobretudo, o diálogo com a pessoa. (STEWART, *et al.*, 2017)

Dentro dessa análise, Balint e Engel providenciaram a teoria, porém foram insuficientes em relação ao modo como o médico deveria executar, na prática, o MCCP e de como esse processo poderia ser validado. É importante atentar-se para o fato de que um modelo clínico é algo abstrato e um método diz respeito a sua aplicação prática e real. Desse modo, a medicina parece por esperar demais por uma transição, sendo que o MCCP pode ser a resposta a esse desafio apresentado por Balint, Engel e Entralgo. (STEWART, *et al.*, 2017)

É a partir desse e de outros autores que Moira Stewart e colaboradores, na década de 90, propõem a MCP como uma transformação evidente do método clínico. Definiram o método ao incorporar as necessidades e desejos do paciente e não se restringindo apenas à doença. Posto isto, é com base nesse princípio que temos as inspirações para dissertar e fundamentar o estudo aqui proposto. (STEWART, *et al.*, 2017)

3 – OBJETIVOS

3.1 GERAL

Revisar e apresentar a temática de MCP, assim como analisar sua importância e relevância na ciência médica atual, suas vantagens na aplicabilidade do exercício médico, além de avaliar os desafios dessa implementação e mudança de metodologia clínica.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1 Revisar as bases teóricas da MCP e seus pilares que a fundamentam.

3.2.2 Discorrer sobre a importância e valor de se implementar a abordagem centrada na pessoa na prática médica, além de suas vantagens e relação com outros modelos de abordagem clínica.

3.2.3 Explorar sobre conceitos equivocados que envolvem a MCP;

3.2.4 Identificar os principais desafios e mudanças necessárias para a aplicação desse método clínico no século XXI.

4 – MATERIAIS E METÓDOS

A revisão da literatura a respeito da Medicina Centrada no Paciente foi feita através de pesquisas em bibliotecas virtuais, utilizando artigos encontrados na SciELO (Scientific Electronic Library Online), além de um livro base (Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico, 3.^a edição).

O critério de busca incluiu as palavras-chave *medicina centrada no paciente*, *medicina centrada na pessoa*, *assistência centrada no paciente e método clínico*. Tendo obtido 215 resultados nessa pesquisa, foram entendidos como critérios de inclusão para estudo aqueles trabalhos produzidos na língua portuguesa e aqueles publicados a partir de 2005 até 2021. Não foram utilizados filtros de idioma, data ou periódicos nessas buscas.

A escolha dos textos foi pautada na relevância para a proposta estabelecida, o entendimento do modelo centrado no paciente, e os pontos de interesse a serem abordados. Para isso, como objetos de análise, foram selecionados 8 artigos do período de 2008 até 2016, dentre eles 7 em português (BR) e 1 em português (PT).

A metodologia desse estudo se apresenta como uma revisão de literatura, com enfoque nos conceitos básicos de medicina centrada no paciente, além de suas implicações e importância da incorporação na prática cotidiana do médico moderno.

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

“[...] um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde.”

É a partir dessa síntese que se inicia a discussão sobre a MCP. Um método que parte da comunicação como ponto chave para seu êxito, e faz da escuta atenta, percepção da experiência de adoecer e da posição de protagonismo do paciente as ideias centrais da prática. Apesar da MCP ser um tema mais abordado e discutido dentro do contexto da MFC, suas mensagens são relevantes para todos os campos médicos e áreas de atuação em saúde, como enfermagem, fisioterapia, assistência social, psicologia e terapia ocupacional.

É primordial nessa discussão o entendimento de que, a proposta de cuidado centrado na pessoa pressupõe diversas mudanças na percepção e mentalidade do profissional da saúde. A princípio, a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa que busca cuidado e passiva não se sustenta nessa abordagem. Para ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que historicamente fica nas mãos dele. Esse é o imperativo moral da prática centrada na pessoa. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ao consolidar essa substituição de valores, o médico experimentará os novos rumos que a relação pode assumir quando o poder é compartilhado. Segundamente, manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas provoca uma insensibilidade ao sofrimento humano que é inadmissível. Ser centrado na pessoa roga pelo equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo. (STEWART, *et al.*, 2017)

Sendo assim, o cuidado efetivo à pessoa demanda dedicar atenção tanto às experiências em relação à saúde quanto às experiências da doença que as pessoas têm em relação aos seus problemas de saúde. Nesse sentido, é importante analisarmos os conceitos fundamentais da MCP, os quais são divididos em 4 componentes interativos: 1. Explorando a Saúde, a Doença

e a Experiência da Doença; 2. Entendendo a Pessoa como um Todo; 3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas; 4. Intensificando a Relação entre a Pessoa e o Médico. (STEWART, *et al.*, 2017)

No primeiro componente - Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença, é esmiuçada a percepção e a experiência de saúde do indivíduo, pessoais e únicas, de forma a englobar os significados e aspirações do que é saúde e do que é estar doente para esse paciente. Nesse ponto, também é colhido o histórico patológico, exame físico e exames complementares já existentes. Para o primeiro conceito, é essencial a diferenciação entre a doença (disease) e adoecimento (ilness). A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, e o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, essa é diferente para cada indivíduo. Portanto, a doença e o adoecimento nem sempre coexistem, por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas, como a hipertensão, nem sempre se sentem doentes, e pessoas entristecidas podem sentir-se doentes mesmo não tendo alguma doença de fato. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesta continuidade, para abordar o adoecimento é necessário abranger na consulta a investigação de quatro principais aspectos, os quais podem ser lembrados através do mnemônico SIFE: a) sentimentos do paciente diante da doença - tranquilidade, raiva, culpa tristeza, medo; b) suas ideias em relação à doença - relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade - no trabalho, nas atividades diárias; d) suas expectativas - em relação ao tratamento, a evolução, cura e papel do médico. Em grande parte dos casos, as pessoas já formularam uma hipótese acerca do seu problema antes mesmo de consultar o médico. E assim sendo, escutá-las a respeito disso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajuda na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, além do paciente sentir-se ouvido e, desse modo, estreitar a relação médico-paciente. (STEWART, *et al.*, 2017)

Indo para o segundo componente - Entendendo a Pessoa como um Todo, é onde o profissional deve explorar o paciente em todos os seus contextos - pessoal, próximo e amplo -, e buscar uma compreensão integral desse indivíduo. Para tal, é preciso identificar o ciclo de em que se encontra, entender sua história de saúde pregressa (como uso de medicamentos, comorbidades, internações, cirurgias), hábitos de vida (rotina diária, alimentação, sono, atividade física, tabagismo, etilismo), ocupação (funções desempenhadas, carga horária), religião ou crença espiritual, lazer ou atividades que lhe trazem prazer, além de suas relações

interpessoais, amorosas, filhos, e no trabalho. Ademais, é importante o entendimento do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente (rural, urbano, condições geográficas específicas, acesso à serviços sociais e de saúde), condições de moradia, com quem mora e a dinâmica familiar, os costumes locais e o momento econômico. (STEWART, *et al.*, 2017)

Seguindo essa perspectiva, é necessária a compreensão por parte do médico de buscar entender o que de fato significa estar doente ou estar saudável para essa pessoa. Para isso, é preciso observar, durante o atendimento, seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes. Dessa forma, percebe-se que nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, fazendo da comunicação qualificada e da escuta atenta os caminhos para entender quais estratégias serão necessárias para atingir os objetivos da clínica. (STEWART, *et al.*, 2017)

Nesse cenário, acredita-se que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto da idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e tratamento de cada paciente, e que contribuem ainda, para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças. Desse modo, o conceito de "competência cultural" - um dos atributos da APS -, apresenta-se com importante relevância nessa discussão ao propor, por parte dos profissionais em saúde, a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde de cada indivíduo. Tendo, por conseguinte, a diminuição do abismo cultural entre médico e pessoa atendida. (BARBOSA e RIBEIRO, 2016)

No terceiro componente do Método Clínico Centrado na Pessoa - Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas -, preconiza que médico e paciente encontrem um terreno comum, isto significa que é necessário que entrem em acordo com a agenda e as prioridades da consulta, as metas do cuidado, e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, singularizando nesse plano os papéis assumidos por cada um. (STEWART, *et al.*, 2017)

Sendo assim, também é importante destacar que a escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências e realidade do paciente - condição financeira, acesso às farmácias, etc -, sendo esse o único agente capaz de tornar o tratamento real efetivo. Logo, fornecer informações sobre as opções de cuidado, os pontos positivos e

negativos de cada uma, assim como os resultados esperados pertinentes e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi proposto, constituiu uma estratégia de decisão compartilhada. O que fortalece ainda mais o vínculo médico-paciente e aumenta as chances da correta adesão ao tratamento e consequente sucesso terapêutico. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ademais, entende-se que explicações fisiopatológicas e sobre prescrição médica, por si sós, não garantem que as orientações terapêuticas serão seguidas corretamente. E para além disso, o reconhecimento acerca das ideias e expectativas do paciente, juntamente com orientações adequadas e claras e a verificação do ponto de vista dessa pessoa se associam ao aumento de adesão ao tratamento. (STEWART, *et al.*, 2017)

Seguindo essa análise e dando sequência ao quarto componente da MCP - Intensificando a Relação entre a Pessoa e o Médico -, aqui destaca-se que cada contato deve ser utilizado para desenvolver a relação entre pessoa e médico, um processo que precisa ser estruturado durante toda a consulta e fortalecido em todos os encontros. Para tal, cada encontro tem de ser amparado pelos conceitos de empatia, compaixão, o compartilhamento de poder, a cura e a esperança. Nesse elo, para colocar essas habilidades em ação, o terapeuta necessita ter consciência de si mesmo e sabedoria prática, além de considerar os aspectos inconscientes da relação, como os fenômenos de transferência e contratransferência. (STEWART, *et al.*, 2017)

Para obter êxito na abordagem deste conceito, e em todos os outros, é necessário que o médico reveja alguns ideais pré estabelecidos, os quais tem suas raízes na sua formação acadêmica. Um deles é a quebra da noção hierárquica e de superioridade do profissional na relação - o qual já foi discutido anteriormente -, e o segundo diz respeito à ideia de “não se envolver” com o paciente ou manter-se distante emocionalmente do mesmo. (STEWART, *et al.*, 2017)

Essa concepção segue o método clínico tradicional de abordagem, no qual acredita-se que a distância confere ao médico proteção contra emoções negativas. Entretanto, ao observarmos por outro viés, revela-se a impossibilidade de não ser afetado de alguma forma pelo sofrimento do outro. Desse modo, ainda que o caminho seguido seja o esquivamento ou a negação do sofrimento, a falta de abertura e diálogo, e o distanciamento nas relações terminam por resultar em maiores angústias e frustrações para o médico. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ao finalizarmos a apresentação dos conceitos que fundamentam a MCP, ainda é necessário salientar que descrevemos os elementos do método como componentes, e não como tarefas. Assim, evitamos a visão de que o MCCP seja uma técnica inflexível e sequenciada, de modo que a prática médica não seja reduzida à técnicas ou à execução de tarefas durante uma consulta. (STEWART, *et al.*, 2017)

Dando sequência à discussão, precisamos fazer uma análise acerca da necessidade de mudarmos a forma de assistência à população nos espaços de saúde. Isso ocorre por diversos fatores, dentre eles a modificação de perfil epidemiológico brasileiro - com o aumento significativo de doenças crônicas degenerativas -, o surgimento de novas doenças, o advento de tecnologias de alto custo, e também acréscimo de novas demandas, por exemplo a drogadição, maus tratos, abuso sexual, dificuldades escolares e conflitos familiares. (BALLESTER, ZUCCOLOTTO, *et al.*, 2016)

Tão logo, aqui tratamos de enfermidades que em sua maioria não tem cura, e que trazem à consulta queixas não específicas ou exteriorizadas na forma de sintomas orgânicos como dores abdominais ou cefaleias recorrentes. Nessa perspectiva, o objetivo da abordagem em muitos casos será a promoção de saúde, a prevenção de enfermidades ou lesões, a restauração de capacidade funcional, a prevenção de morte prematura e o alívio do sofrimento. Sendo assim, é necessário buscar novas formas de ordenamento da prática médica que proporcionem atender a essas demandas, visto que, dentro do espaço ambulatorial é possível cuidar da maioria dos problemas de saúde da população e com menores custos. (BALLESTER, *et al.*, 2016)

Por essa lógica, o modelo clínico dominante na prática médica atual, conhecido como modelo biomédico ou convencional, e o qual obteve grande influência no modo de pensar e conduzir uma consulta, tem sido questionado por simplificar em demasia os problemas da natureza de estar doente. Este, apoia-se apenas no entendimento das doenças, e ainda não deixa aberta em sua estrutura a contemplação de aspectos sociais, psicológicos e comportamentais da experiência do adoecimento. Logo, mostra-se um modelo puramente curativista, insuficiente em solucionar e atender de forma integral as demandas e queixas em saúde, sobretudo quando compete ao sofrimento da vida cotidiana dos pacientes. (BALLESTER, *et al.*, 2016)

Observamos que uma atuação centrada na pessoa se mostra primordial para um bom desempenho de qualquer profissional da saúde. Porém, é importante que consigamos provar o valor do MCCP em relação a outros métodos e suas vantagens. Segundo Stewart (2017) existem

trabalhos expondo que a prática centrada na pessoa apresenta resultados positivos em relação ao modelo tradicional, uma vez que aumenta a satisfação do indivíduo, melhora a aderência aos tratamentos e reduz preocupações e sintomas; traz, também, o MCP como algo menos custoso, pois resulta numa demanda menor de exames complementares e uso de outros serviços em saúde. Ainda, acredita-se que grande parte da população que busca ajuda deseja fortemente uma assistência onde haja os elementos da abordagem centrada na pessoa. (STEWART, *et al.*, 2017)

A ligação do MCCC com a redução de custos na assistência à saúde é algo fundamentado. Em estudo realizado, acompanhou-se indivíduos adultos no serviço de APS durante um ano, e os separaram para atendimento por médicos de medicina interna e médicos de família e comunidade - partindo do pressuposto de haver claras diferenças na abordagem entre essas duas especialidades. (PIRES, 2011)

Durante esse período, foram observados para cada paciente o número de consultas na APS, consultas hospitalares (referenciação à atenção secundária), recorrência aos serviços de urgência, hospitalizações, e uso de exames complementares. Com isso, constatou-se que, aqueles pacientes os quais receberam mais cuidados centrados na pessoa tiveram um gasto anual em saúde muito menor (\$948) em comparação ao grupo que recebeu menos cuidados centrados na pessoa (\$1435). (PIRES, 2011)

Ademais, os pacientes que tiveram uma abordagem centrada na pessoa necessitam de menos consultas e especialidades hospitalares, menos hospitalizações, e menos exames complementares de diagnóstico. Desse modo, evidencia-se que o exercício de uma medicina centrada no paciente está associado à redução da utilização dos recursos em saúde, assim como à redução de gastos e encargos. (PIRES, 2011)

Seguindo esse panorama, acredita-se que a abordagem centrada no paciente é capaz de reduzir sua ansiedade em relação ao seu estado de saúde, assim como sua demanda de novas intervenções ou referenciações. Isso tem relação com a capacidade do médico em compreender de forma clara a experiência de adoecer do paciente e de como a doença afeta a sua vida. Assim, a pessoa que busca cuidado tem uma confiança maior em seu médico, o que permite uma redução de incertezas e descontentamento, e consequentemente a demanda por novas intervenções por parte do doente. (PIRES, 2011)

Em contrapartida, o profissional de saúde também é favorecido por esse tipo de abordagem. Por meio da comunicação centrada na pessoa, da troca de informações, e do manejo

das incertezas do processo de adoecer, o médico é capaz de elevar o seu conhecimento sobre o paciente, de modo que tenha menor incerteza diagnóstica, menor necessidade de solicitar exames complementares e referências à outras especialidades. (PIRES, 2011)

Nos últimos anos, ainda que de forma lenta, o MCCP tem se difundido entre médicos, estudantes, professores e pesquisadores. No entanto, apesar dos avanços nessa discussão, ainda se observa a existência de muitos conceitos equivocados a respeito do modelo. Nesse aspecto, levaram à conclusão de que ser centrado na pessoa demanda mais tempo; tem como foco primário as que questões psicossociais do indivíduo, e não sua doença; que significa ser engessado e seguir uma forma de abordagem padrão; traz a ideia de que todas as decisões e informações devem ser compartilhadas com o paciente; e ainda, de que o método é um conjunto de tarefas as quais não devem ser aplicadas a cada consulta, mas que podem ser utilizadas de acordo com a opção do profissional, ou seja, usadas em alguns casos mas descartadas em outros. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ainda, tem-se a visão de que o acrônimo SIFE (sentimentos, idéias, funções e expectativas) funciona muito bem quando utilizado por alunos enquanto aprendem a investigar a experiência de adoecer dos pacientes. Porém, pode se tornar arriscado quando utilizado de modo a deixar de lado a revisão convencional dos sistemas orgânicos, o que pode trazer deficiências na investigação clínica e deixar lacunas no processo diagnóstico. (STEWART, *et al.*, 2017)

Dentro desse panorama, é preciso ponderar que, em muitos casos, as necessidades dos pacientes são bem simples e objetivas. Em certas ocasiões, por exemplo, eles precisam de um tratamento para seu pé de atleta ou o preenchimento de uma ficha médica requerida pela companhia em que trabalha. Dessa forma, explorar profundamente a percepção de sua saúde ou a experiência de doença da pessoa nem sempre é fundamental. (STEWART, *et al.*, 2017)

Portanto, o que é imprescindível ao médico é ouvir os sinais e indicações fornecidas pela pessoa, na intenção de formular uma entrevista apropriada e sensível. Logo, ser centrado na pessoa simboliza, sobretudo, levar em consideração a vontade do paciente de obter informação e de participar ativamente no processo de tomada de decisão, assim como respondê-lo de modo pertinente e atento. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ao observarmos o cenário da MCP atualmente, podemos inferir que alguns avanços foram conquistados. Embora não posta em prática por muitos médicos, a MCP é um assunto

que vem ganhando relevância no debate atual e se disseminando entre alunos e professores. Nesse cenário, ainda é importante pensarmos nos desafios à implementação do MCCP na prática médica, assim como estabelecermos os caminhos necessários para a aplicação do modelo. (STEWART, *et al.*, 2017)

A princípio, entende-se que existe uma predisposição da prática médica em reduzir a continuidade do cuidado, isso se deve à pressões vindas de profissionais sobrecarregados ou dos formuladores de políticas públicas. Logo, uma vez que os resultados da continuidade do cuidado são bem conhecidos e que denotam uma condição-chave do MCCP, essa tendência certamente será prejudicial ao futuro do cuidado centrado na pessoa. (STEWART, *et al.*, 2017)

Portanto, acredita-se que, para o sucesso e consequente implementação do MCCP, o mesmo deve ser incluído em um contexto onde a APS seja o ponto central das políticas públicas em saúde. Para isso, é necessária uma diretriz pautada na universalidade, na integralidade, e na equidade do cuidado, valorizando a continuidade, a prevenção e a promoção em saúde como fundamentais.

Outro ponto de destaque à essa discussão relaciona a expansão tecnológica e o cuidado centrado na pessoa, e que podem ter interpretações variadas. Um aspecto bem comum dentro da consulta médica nos dias de hoje, é o empoderamento das pessoas em se informar sobre seu estado de saúde, por meio da internet, antes mesmo de se apresentarem no consultório médico. Em grande parte dos casos, os profissionais de saúde podem ver essa conduta como algo perturbador, que irá gerar dúvidas durante o atendimento e consequentemente demandar mais tempo. (STEWART, *et al.*, 2017)

Entretanto, acredita-se que essa visão por parte dos profissionais pode ser redefinida e tida como algo positivo. Podemos entender que, o paciente que age dessa forma está visivelmente engajado e aberto a discussão, participação e aprendizado. Assim, a informação obtida na internet e trazida para a consulta, é um novo sinal que auxilia a elucidar o nível de preocupação e expectativa da pessoa sobre sua condição, fazendo desse encontro uma oportunidade de experiência e aprendizado mútuo. (STEWART, *et al.*, 2017)

Ademais, é essencial contestarmos o modelo de comunicação estabelecido entre médico e paciente na atualidade. Observa-se que prevalecem perguntas fechadas e orientações normativas dentro desse diálogo, em detrimento de confrontação, reflexão e partilha de decisões. Dessa forma, para a introdução de uma conversa que almeje os objetivos do modelo

centrado na pessoa, é importante que algumas habilidades de comunicação sejam aplicadas. (BALLESTER, *et al.*, 2016)

Nesse ponto, enfatiza-se a disponibilidade inicial para escutar o discurso do paciente sem interrupção precoce, no que diz respeito aos aspectos tanto biomédicos da doença, quanto subjetivos, como medos e preocupações. Na linguagem verbal, aconselha-se o uso de perguntas abertas para iniciar a anamnese, seguidas de perguntas fechadas para o melhor entendimento da história, bem como atenção à paralinguagem existente durante o diálogo. A paralinguagem está ligada a como a palavra é dita, ou seja, tom de voz, volume, ritmo, pausa, Além disso, deve-se atentar à linguagem não verbal, como contato visual, postura corporal e gestos, sempre de modo receptivo e afetuoso, o que verifica importância à narrativa da pessoa e condução da consulta médica. Dessa maneira, faz-se da comunicação o ponto fundamental do encontro, por meio do qual é possível compreender individualmente as diferentes dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente. (BALLESTER, *et al.*, 2016)

Apesar do exercício médico no Brasil apresentar uma conduta mais humanizada e integral, ao que tudo indica ainda não foi possível romper com o modelo biomédico tradicional, o qual caracteriza-se por ser centrado na doença e no médico. Assim, no intuito de melhor elucidar o cenário da MCP dentro da atuação dos médicos de família e comunidade, foi realizado um estudo de caso - através de entrevistas com médicos e pacientes de um serviço de APS - no qual objetivou-se identificar se os componentes que caracterizam a MCP estão presentes na prática desses profissionais. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

Dentro dessa análise, foi possível concluir que ambos os grupos (médicos e pacientes) reconhecem dificuldades de acesso ao cuidado, identificadas por eles como: desproporção entre oferta e demanda de consultas, existência de filas, tempo de espera para agendamento e necessidade de persistência para manter continuidade com o mesmo profissional. Apesar disso, as duas partes consideram que o acesso é melhor do que no sistema de saúde em geral. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

Ainda, ao verificar a atuação desses profissionais, revela-se que, em grande parte, não existe ainda um conhecimento apropriado sobre o que significa uma Abordagem Centrada na Pessoa, e que apesar do padrão de atuação humanizada e voltada à escutar e conhecer o paciente, seu entendimento desta forma de abordagem revela-se restrita ao “ver a pessoa por inteira”, e tão logo espera-se que a continuidade garanta que isso ocorra. Em vista disso, embora seja um

avanço em relação ao método tradicional, “ver a pessoa por inteiro” reflete apenas parte do segundo componente do MCCC, deixando de lado outros aspectos relevantes do modelo. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

Em relação ao primeiro componente do MCCC (Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença), afirma-se que o mesmo não está presente por inteiro, ficando a abordagem limitada ao desenvolvimento de uma relação empática e mais focada na queixa verbalizada pelo paciente. Assim, ainda existe o risco de abordar apenas a doença (disease) e não a experiência de adoecer (illness), posto que para se conhecer a pessoa e observar sua autonomia e participação, é fundamental explorar as narrativas de doenças e seus sentimentos em relação a isso. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

O terceiro componente (Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas) é tido como primordial para que se caracterize uma abordagem centrada na pessoa, através dele que médico e paciente irão discutir acerca dos principais problemas e prioridades da consulta, elaborar metas para o tratamento, e ainda reconhecer os papéis de cada um nesse manejo. Entretanto, segundo esse estudo, verificou-se que apenas um desses aspectos - identificação junto à pessoa sobre qual considera seu problema principal - está presente na abordagem desses profissionais, ao passo que os outros aspectos desse componente não são claramente introduzidos e trabalhados durante o encontro. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

Ademais, acredita-se que há, por parte dos médicos, uma ideia de que as ‘orientações finais’ da consulta teriam a função de explorar esses objetivos pendentes, sendo este o momento no qual o paciente usaria sua autonomia para manifestar-se em relação ao manejo proposto. Todavia, isso não está claro para a pessoa, ficando muito na dependência do quanto ela sente-se à vontade para argumentar ou perguntar ao médico. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

Nesse sentido, entende-se que exista a falta de um momento definido durante a abordagem para certificar-se de que a pessoa tem consciência clara de qual é o seu papel e qual o papel do médico no processo de cuidado. Também, existe consenso entre discursos de profissionais e usuários, de que não há um momento de discussão sobre quais serão os objetivos a serem alcançados na continuidade do cuidado; além de reconhecerem o papel limitante que tem o tempo de consulta, com ambos agindo pressionados pela demanda, a fim de “encurtar” objetivamente a consulta. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

Dessa forma, a partir do estudo de caso foram possíveis algumas conclusões: verifica-se que existe dificuldade ao acesso, e com isso há a necessidade de se buscar formas de proporcionar e garantir o acesso da população a esses profissionais de saúde; e nota-se que não há, por parte dos médicos, o uso de uma abordagem sistematizada, com uma consulta que garanta a prestação de cuidado centrado na pessoa. Entende-se por abordagem sistematizada, a maneira de se conduzir um atendimento de modo que sempre contemple as habilidades de comunicação necessária para aquele contexto, e que garanta uma abordagem centrada na pessoa na qual alcance seus aspectos psicossociais envolvidos. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

A partir dessas objeções levantadas, algumas sugestões também foram propostas: deve-se pensar na inclusão na graduação médica de disciplinas que discutam os modelos de abordagem médica, os quais devem ter relevância curricular semelhante dos demais conteúdos tradicionais; e proporcionar aos profissionais em atividade a oportunidade de uma forma de reciclagem, a qual permita rever sua prática sob uma perspectiva de atuação e abordagem voltada para a pessoa. (LOPES e RIBEIRO, 2015)

7 – CONCLUSÃO

Portanto, podemos inferir que atualmente há uma crise no que diz respeito à conciliação do desenvolvimento social/tecnológico e a humanização da atenção em saúde. Assim, a população que busca cuidado está exposta aos danosos tipos de tratamentos, medicações e intervenções, submetidos em sua maioria de forma desnecessária. Além disso, nota-se que o modelo biomédico tradicional é insuficiente para atender o adoecimento em sua totalidade, sobretudo quando se refere ao sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos e pela notável mudança de perfil epidemiológico atual. Com isso, também deve-se pensar na reformulação do currículo médico, com a incorporação de disciplinas que abordam a comunicação e o saber humanístico. Ainda, apesar das dificuldades de mudança na prática médica e implementação do MCCP, temos pontos de interesse relacionados, como a redução de gastos em saúde, e significativa melhora nos desfechos clínicos com maior satisfação de médicos e pacientes e adesão a tratamentos.

Usualmente, o motivo apresentado pela pessoa durante a consulta leva a um diagnóstico óbvio, porém, dentro da visão aqui exposta, revela-se mais importante conhecermos e entendermos as motivações que levaram a pessoa até o médico e suas relações com a causa ou agravamento da doença. Logo, acredita-se que a MCP seja o caminho para a melhora e desenvolvimento coletivo. Nessa perspectiva, isso somente será concebido se observarmos quem busca ajuda sob diversos ângulos, de modo humano e integral, fazendo o diagnóstico da pessoa, e não da doença.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 598-606, 2016.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. 8, p. 216-222, 2016.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. D. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 6, 2011.

LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-13, 2015.

PIRES, P. Medicina centrado no paciente: melhor qualidade com menores custos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 27, n. 5, p. 482-6, 2011.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 90-97, 2008.

RUBEN, R. et al. Abordagem centrada nas pessoas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, 2009.

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