

CAPÍTULO 1

DESVENDANDO O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Data de aceite: 02/05/2024

Carolina Machado

Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e
Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Wellington Sanchez Abdou

Médico de Família e Comunidade
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
Professor do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

DO NASCIMENTO DA CLÍNICA AO MÉTODO CLÍNICO

Para melhor compreensão do tema, bem como balizar alguns conceitos, iniciaremos resgatando a concepção de Clínica. O termo “clínico” provém do grego *klinikós* e tem como elemento de composição *klíno* - inclinar, ou *klíne* - leito. Por consequência, é possível entender que “Clínica” designa a prática da medicina à beira do leito. Foucault¹, em seu livro *O nascimento da Clínica*, a conceitua como:

“um processo empírico no qual, através do olhar, busca-se descobrir a doença presente no doente. Este, por sua vez, não está implicado no espaço racional da doença; é apenas um fato exterior com relação àquilo de que sofre; o paradoxal papel da medicina consiste em neutralizá-lo para que a configuração ideal da doença tome forma concreta, livre, totalizada, aberta à ordem das essências” (p. 17).

Portanto, a partir desta concepção, quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas singularidades. Trata-se de um modelo ontológico no qual a doença é uma ocorrência localizada no corpo, que pode ser conceitualmente separada da pessoa doente.

Para Foucault¹, o olhar médico, através da Clínica, é capaz de atingir “a forma geral de qualquer constatação científica”: observa-se o doente como se observa um astro ou uma experiência de laboratório. Neste contexto de empirismo, em que o essencial é observar as evidências (tudo que pode ser percebido e medido), a Clínica suplantou a postura filosófica e metafísica da Idade Média, coincidindo com o surgimento da Ciência Moderna.

Outro grande pensador que influenciou a ciência e medicina moderna foi René Descartes². Em sua obra *Tratado do Homem*, publicada em 1634, escreveu que: “O corpo é uma máquina, composta de nervos, músculos, veias, sangue e pele, de forma que, mesmo que não houvesse uma alma dentro dele, não deixaria de ter as mesmas funções” (p. 404).

Desta forma, a ciência moderna, positivista, constitui o paradigma da Clínica, pois define seus problemas, métodos legítimos e modelos explicativos. Esta Clínica experimenta um processo de consolidação e fortalecimento, caracterizado pela tentativa de moldar a natureza para se adequar aos limites predefinidos e relativamente rígidos.

É importante reconhecer que esta abordagem clínica, fundamentada na observação empírica e na ciência moderna positiva, focalizando sintomas e sinais em busca de um nome - o da doença, mostrou-se eficaz diante de diversos desafios relacionados à saúde e à doença. Por exemplo, identificar um paciente com febre, tosse produtiva e estertores pulmonares como portador de pneumonia, proscrever-lhe antibióticos e observar sua recuperação, permitindo-lhe retomar suas atividades diárias, ilustra a potencialidade dessa abordagem³.

Por outro lado, ela se revela extremamente frágil para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos. Mesmo quando o discurso médico ultrapassa os aspectos biológicos e avança em direção aos fatores

psíquicos e sociais do processo saúde-doença, estes, quase sempre, apenas orbitam ao redor da doença, obedecendo à lógica destacada por Foucault.

Ou seja, neste modelo de Clínica, o saber do sofrimento, alocado na subjetividade dos sintomas, é inserido num discurso redutor e objetivante.

Nesta lógica, o método clínico é chamado de “método clínico tradicional”, “método clínico centrado na doença” ou “modelo biomédico”, que ainda é hegemônico e ensinado na maioria das instituições de ensino médico.

Ballester e colaboradores⁴ apontam que além de ser um método clínico centrado na doença, pode-se dizer que esse modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, ao lhe conferir papel de grande autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico e em seguida, chega a uma conclusão ou diagnóstico e expõe para o paciente sua proposta terapêutica, de forma unidirecional, sem considerar nenhum aspecto singular da vida do sujeito.

A partir do modelo de Clínica apresentado até o momento, a doença representa o objeto de atenção da medicina. No entanto, outros autores destacam a pertinência da inclusão do doente e de coletivos como objetos de interesse da Clínica.

Nesse sentido, desde a década de 60 do século passado, grupos de profissionais vêm estudando e discutindo amplamente a relação entre profissionais de saúde e pessoas em processo de adoecimento. Este movimento tem vertentes importantes no mundo, e destacamos o Reino Unido, o Canadá e o Brasil.

O MOVIMENTO EM DIREÇÃO À PESSOA

As críticas ao método clínico moderno por parte da própria medicina têm origem principalmente nos campos que mais enfrentam as ambiguidades da abstração e reconhecem a importância da história de vida da pessoa, sobretudo a clínica geral e a psiquiatria.

Michel Balint⁵, médico psicanalista húngaro, em 1957 ao publicar *“The Doctor, His Patient and the Illness”*, foi um dos pioneiros, ao propor modificar o modelo biomédico a fim de incorporar mais empatia, responsabilidade, respeito e cuidado. Foi ele, que na década de 1970 criou o termo “medicina centrada no paciente”, em oposição ao termo “medicina centrada na doença”.

A partir dos estudos de Balint, várias universidades do Reino Unido propuseram, ao final da década de 1980, uma mudança na abordagem médica com uma conformação denominada “medicina centrada na pessoa”, definida como:

[...] 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 saúde⁶ (p. 285).

As pesquisas realizadas pelos médicos generalistas britânicos acerca da estrutura da consulta e das habilidades de comunicação influenciaram o estudo da consulta médica em outros países, principalmente da Europa Ocidental e da América do Norte, e consequentemente contribuíram para a elaboração do Método Clínico Centrado na Pessoa.

Joseph Levenstein⁷, médico da África do Sul, foi um dos precursores do método no final da década de 1970 e início de 1980. Num típico dia de trabalho em seu consultório, onde atendia cerca de 30 pacientes com uma variedade de problemas, foi questionado por uma estudante de medicina sobre como ele sabia o que fazer com cada um deles, já que sua abordagem diferia do que ela havia observado no hospital e não apresentava padrões reconhecíveis. Percebendo a frustração da estudante com sua resposta inicial, o médico decidiu gravar os atendimentos em vídeo e analisá-los para compreender melhor seu método.

Após revisar aproximadamente 1.000 gravações, ele concluiu que sua abordagem combinava elementos tradicionais com perguntas sobre todos os aspectos que o paciente desejava abordar. Ele também identificou que as consultas em que conseguia perceber as queixas e expectativas dos pacientes eram mais eficazes, enquanto aquelas em que ele não percebia ou esquecia as “dicas” sobre as preocupações do paciente eram menos eficazes. Utilizando esse método, ele conseguia orientar os pacientes a expressarem suas queixas, medos e expectativas, além de compreender por que estavam buscando assistência médica naquele momento específico. Esses princípios foram a base do método denominado “centrado no paciente”⁷.

Entre 1981 e 1982, Levenstein, durante visitas à Universidade de Western Ontario, juntamente com Moira Stewart e Ian McWhinney, estudaram, desenvolveram e testaram o método, que propunha o uso de uma ferramenta auxiliar para compreender os motivos que levam uma pessoa até a consulta e os sentimentos que envolvem o processo de adoecimento de forma única e singular.

Durante a década de 1980, esses pesquisadores desenvolveram o Grupo de Comunicação Médico-Paciente da Universidade de Western Ontario no Canadá, com base no entendimento multidimensional da pessoa e sistematizaram um método para orientar a atenção às pessoas que buscam por atendimento médico, estruturando assim o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

Moira Stewart, juntamente com seu colega e orientador Ian R. McWhinney e demais colaboradores da Universidade de Ontário, publicaram em 1995 a primeira edição do livro “Medicina Centrada na Paciente: transformando o método clínico”, obra em que são apresentados os componentes método e que tem uma grande repercussão nos meios profissional e acadêmico. Perceba que na primeira versão do livro ainda se utiliza o termo paciente e não pessoa.

MOVIMENTOS CONTEMPORÂNEOS NO BRASIL

No Brasil temos diversos autores que buscam incluir a pessoa no processo de cuidado, mas destacamos Gastão Wagner Campos e Gustavo Tenório Cunha, que desde a década de 1990 vêm desenvolvendo o conceito de Clínica Ampliada.

Campos⁸ tensiona o paradigma biomédico e propõe para a Clínica a necessidade de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos. Propõe imaginar um modelo de análise para a Clínica que reconheça a relação clínica como um encontro desses dois sujeitos coproduzidos (profissional e pessoa), em que cada um destes sujeitos é singular. A inclusão do sujeito como objeto da Clínica desafia o paradigma da ciência positiva que parte da regularidade das doenças e tem dificuldade de abordar a singularidade dos casos.

Para o autor, quando o sujeito procura o cuidado, é porque está sob algum tensionamento no seu equilíbrio singular, independente da presença ou da ausência de uma classificação diagnóstica. Ou seja, Campos propõe ampliar a Clínica, “partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso”⁹ (p. 610).

Cunha¹⁰, seguindo esta mesma linha, entende a Clínica como uma “interação complexa ou um encontro entre dois sujeitos singulares: um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um coletivo” (p.22). A Clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos, um encontro entre dois sujeitos singulares. Nesse modelo de análise entende-se a Clínica com dimensões política e subjetiva muito fortes.

Neste modelo, a Clínica assume uma responsabilidade muito maior do que tratar “o doente e não a doença”. Trata-se de reconhecer um compromisso com o sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma Clínica que se abre para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento, e para isso ela deve utilizar os poderes que possui e desenvolver uma relação terapêutica a favor da autonomia.

A ampliação da Clínica se trata justamente de partir de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso.

Nesse sentido, Cunha propõe que se obtenha uma história clínica diferente, dando espaço para as ideias e as palavras do paciente¹⁰.

Acreditamos que o conceito de Clínica Ampliada se alinha ao MCCP pois ambas colocam o paciente no centro do processo de cuidado, considerando suas necessidades, valores e contexto social. Ambas abordagens visam uma prática clínica mais humanizada, que leve em conta a integralidade do ser humano e promova uma relação de parceria entre profissional de saúde e paciente.

Essas abordagens convergem para uma prática clínica mais humanizada e empática, onde o paciente é visto como um sujeito integral, e não apenas como um conjunto de

sintomas ou doenças. Ao considerar o contexto social, cultural e individual do paciente, os profissionais de saúde podem oferecer cuidados mais eficazes e adequados às suas necessidades específicas.

A Clínica Ampliada e o Método Clínico Centrado na Pessoa representam uma mudança de paradigma na prática clínica, afastando-se de uma abordagem exclusivamente biomédica para uma visão mais ampla e integral da saúde. Essas abordagens enfatizam a importância da empatia, da escuta ativa e do respeito à autonomia do paciente, contribuindo para uma prática clínica mais humanizada e centrada no indivíduo.

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA E SEUS COMPONENTES

Como citado anteriormente, o método clínico baseado no modelo biomédico, que surgiu no início do século 19 e alcançou sua hegemonia durante o século 20, proporcionou, sim, muitos avanços para a ciência médica. Entretanto, este modelo historicamente conferiu grande poder ao médico e tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente.

Tendo uma prática clínica baseada nesse conceito, muitos profissionais começaram a observar que nem todas as pessoas adoeciam da mesma forma ou se enquadravam numa doença bem definida. Além disso, as variantes epidemiológicas tornaram-se também sociodemográficas, o que provocou questionamentos ao método clínico tradicional de se “fazer saúde”.

Neste movimento, vale destacar o trabalho realizado no Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western - Ontário no Canadá, que começou a estudar a relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico.

Esses estudos que desenvolveram o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tiveram início em 1968, com pesquisas que buscavam elucidar os verdadeiros motivos pelos quais as pessoas procuravam atendimento. O chefe de departamento à época era o Dr. Ian McWhinney, responsável por conduzir estudos que abriram espaço para investigações sobre os diversos aspectos que compunham as necessidades das pessoas, em seu cunho físico, social ou psicológico, considerando o contexto e os indivíduos que trazem o problema. Moira Stewart, aluna de doutorado do Dr. McWhinney, deu seguimento a esses estudos, tendo como foco o relacionamento entre a pessoa que recebia atendimento e o profissional. Em 1982, o grupo teve contribuições do Dr. Joseph Levenstein, da África do Sul, que compartilhou suas tentativas de desenvolver um modelo de prática clínica, impulsionando, assim, o departamento. Mais tarde, o Método Clínico Centrado na Pessoa cresceu, tornando-se foco de pesquisa do Grupo de Comunicação entre Pessoa e Médico, da Universidade de Western Ontário, o qual, desde então, conduz diversos estudos sobre o tema, evidenciando resultados que reforçam os benefícios da adoção do método.

A partir destes estudos e apontamentos, Moira Stewart, Ian McWhinney e demais colaboradores deram origem à metodologia denominada Medicina Centrada na Pessoa, que culminou com a publicação do livro organizado por Moira Stewart intitulado “Medicina

Centrada na Pessoa: transformando o método clínico”. Inicialmente o material trazia 6 componentes, e na sua última edição, em 2017, foram condensados em 4 componentes, que serão apresentados detalhadamente ao longo do capítulo.

Apesar do nome se referir à medicina como eixo central deste processo de cuidado, hoje através das demais formas de cuidado na área da saúde, podemos sublimar a interpretação do modelo para todos os profissionais que trabalham na área.

Levando em conta as angústias dos pacientes e as evidências científicas em saúde, o MCCP sugere a existência de um encontro entre dois especialistas na hora de se abordar uma situação: o profissional de saúde (muitas vezes na figura do médico), como o especialista na saúde e também na doença, frente ao indivíduo que procura assistência, que é o especialista na sua própria vida e no seu processo subjetivo de adoecimento.

Com o MCCP, busca-se alcançar a compreensão do sujeito e da sua queixa, equilibrando duas “agendas”: a da pessoa e a do médico.

Quando um paciente busca um médico, ele tem uma certa programação em mente, com seus objetivos, expectativas, sentimentos e medos. O médico, por sua vez, também tem sua agenda, que em geral pode ser expressa como o diagnóstico correto das queixas do paciente e adoção de procedimentos preventivos apropriados para a idade, sexo e fatores de risco.

Através do MCCP, o profissional busca identificar a agenda do paciente e conciliá-la com a sua própria. Essa abordagem agrega aspectos biológicos com conceitos subjetivos dos indivíduos, explorando a natureza e a experiência de viver, de modo a produzir análises detalhadas ou interpretações abrangentes para uma abordagem integral do cuidado.

Dessa forma, a essência do MCCP, no que se relaciona à agenda do paciente, é que o médico tenta entrar no mundo do indivíduo e ver a doença através da perspectiva do outro.

O Método Clínico Centrado na Pessoa é contrastado com o método centrado na doença. Neste modelo, o profissional busca sua própria agenda e faz pouco esforço para entender quem o procura. Segundo essa perspectiva, o médico determina as queixas do paciente e busca informações que permitam interpretar a doença em termos de seu próprio quadro explicativo. Isso envolve diagnosticar a comorbidade e prescrever um plano terapêutico adequado à análise investigativa. Um dos critérios de sucesso é um diagnóstico preciso em termos biomédicos, como por exemplo: infarto do agudo do miocárdio, hipertensão arterial, transtorno de ansiedade generalizada, cirrose hepática decorrente de alcoolismo, etc¹¹.

A utilização de palavras como “paciente, usuário ou cliente” denota passividade, na medida em que retiram as características as quais determinam a autonomia da pessoa reguladora do seu próprio estado. Tendo em vista que o MCCP busca justamente garantir a centralidade do indivíduo que busca atendimento durante o encontro clínico, na Atenção Primária à Saúde, prefere-se a utilização do termo “pessoa” ao se referir àquele que demanda consulta¹².

O modelo proposto por Moira Stewart e seus colaboradores, que é replicado até hoje, não visa extinguir as abordagens técnico-biológicas no tratamento e manejo das doenças, ele amplia essa perspectiva, objetivando trabalhar em parceria com a vida subjetiva das pessoas.

É relevante destacar que, embora os estudos conduzidos por Stewart e demais pesquisadores do seu grupo sejam realizados no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, seus apontamentos têm relevância para todas as especialidades médicas e para outras áreas da saúde. Vale ainda salientar que apesar de os componentes serem descritos de forma separada, na prática, estão estreitamente interligados, devendo o profissional alternar entre os componentes, de acordo com a especificidade de cada consulta.

Descreveremos a seguir cada um dos quatro componentes detalhadamente.

Componente 1: Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença

O primeiro componente do MCCP aborda a fragilidade da prática médica convencional em responder as necessidades e expectativas percebidas pelas pessoas, ao propor que os profissionais lancem um olhar mais amplo para além da doença, de forma a incluir a exploração da saúde e a experiência do adoecimento daquelas pessoas que atendem.

Nesse primeiro momento da obtenção de informações na consulta, o principal objetivo é compreender, sob a perspectiva do indivíduo, o que ele pensa e sente em relação à sua situação, ou o que o problema representa para sua vida.

A doença é uma construção teórica pela qual os profissionais tentam explicar os problemas das pessoas em termos de anormalidades de estruturas e/ou função dos órgãos e sistemas do corpo, e inclui tanto distúrbios físicos quanto mentais, podendo ser mensurada através do exame físico, exames laboratoriais e de imagem. Já a experiência da doença, é a experiência pessoal e subjetiva de estar doente: os sentimentos, pensamentos e funcionamento alterados de alguém que se sente doente, que podem estar relacionados ao medo, perda, solidão, traição, entre outros (figura 1).

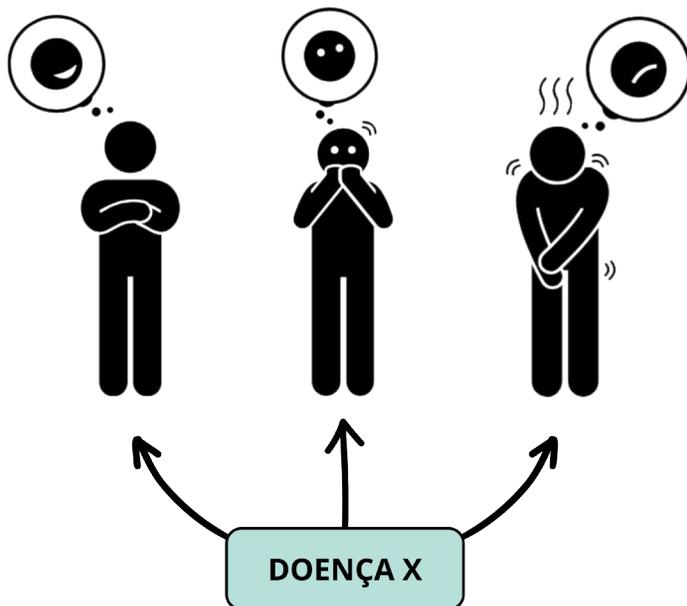


Figura 1: O processo de abstração - a experiência da doença

Como representado na figura 1, a mesma doença “x” pode ter um significado diferente para cada pessoa. Por exemplo, um deles pode sentir certo alívio com o diagnóstico, outro estar aflito e um terceiro sentindo-se com medo e culpa.

Um elemento muito importante na prática médica, e que guarda íntima relação com o primeiro componente do MCCP, é a incorporação na prática diária dos conceitos de *illness e disease*. Esses termos, que no inglês têm significados diferentes, no português, denomina-se de “doença”.

“Uma determinada doença (“*disease*”) é o que todos com essa patologia têm em comum, mas a experiência sobre a doença (“*illness*”) de cada pessoa é única”.

Willian Osler

A distinção se dá quando se atribui à doença apenas os sinais, sintomas e alterações em exames (*disease*) e deixa-se de fora o sofrimento das pessoas representado por queixas, problemas, disfunções. A experiência da doença (*illness*) inclui o significado que a pessoa confere à doença. Logo, podemos dizer que *o illness* é a dimensão subjetiva do processo de adoecer, enquanto *disease* é o termo usado para denominar a definição médica, científica,

da enfermidade. O que propõe o primeiro componente do M CCP é justamente incluir a experiência da doença (*illness*) na abordagem durante a consulta médica.

A experiência da doença decorre de uma complexa interação das crenças da pessoa com sua vivência corporal e sua interação com o ambiente, incluindo aí o contexto familiar, psicológico e social.

Ou seja, aquilo que faz cada pessoa diferente, faz toda diferença nos diagnósticos, no raciocínio clínico e nas condutas adotadas em cada interação com os pacientes proporcionada pela prática médica.

Já uma doença classificada nos termos médicos, é o que todos com aquela doença têm em comum. Entretanto, a experiência da doença de cada pessoa é única. A doença e a experiência nem sempre coexistem; e saúde e doença nem sempre são mutuamente excludentes. Por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas não diagnosticadas (como hipertensão arterial) se veem saudáveis e não se sentem convalescentes; já pessoas que estão sofrendo emocionalmente ou preocupadas podem se sentir enfermas, mas não ter nenhuma doença específica.

“Disease”: construção teórica pela qual o médico tenta explicar os problemas dos pacientes em termos de anormalidades de estrutura e/ou função de órgãos e sistemas. Inclui tanto distúrbios físicos quanto mentais.

“Illness”: experiência individual e subjetiva do “estar doente”: sentimentos, ideias e comportamentos.

Doença (“Disease”)	Experiência da Doença (“Illness”)
Construção teórica	Pessoal
Critérios	Única
Objetividade	Subjetiva
Busca pela precisão	Narrativa
Investigação (exames)	Concreta

Figura 2: Quadro comparativo entre doença e experiência da doença

A título de ilustração, apresentamos na tabela a seguir exemplos de situações de *“illness”* e *“disease”*, que podem ocorrer simultaneamente ou não.

Doença ("Disease")	Adoecimento ("Illness")		
		Sim	Não
	Sim	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Hipertensão Arterial Assintomática
Não	Perda do Emprego	Higidez	

Figura 3: Exemplo de doenças e adoecimentos encontrados no cotidiano dos profissionais

Podemos perceber que a pessoa pode não ter nenhum sofrimento ou adoecimento e o médico não diagnosticar nenhuma doença - pessoa hígida. O indivíduo pode ter uma doença diagnosticada e ter um sofrimento associado a essa doença, como por exemplo quando sofre um acidente vascular cerebral. Porém pode haver uma doença diagnosticada e não experimentar nenhum sofrimento, como no caso da hipertensão arterial assintomática. Ou ainda, pode ocorrer um sofrimento/adoecimento importante na sua vida, sentir-se mal em relação à sua saúde e não ter nenhuma doença diagnosticada, como no caso da perda do emprego, por exemplo.

Outro ponto importante é que mesmo quando a doença está presente, pode não justificar adequadamente o sofrimento daquela pessoa, pois a proporção do desconforto que sente não se refere apenas à extensão do dano físico, mas também ao significado pessoal dado à saúde e à experiência da doença.

Por exemplo, pergunte às pessoas numa sala de aula quantas delas têm saúde. A grande maioria vai afirmar que sim, mesmo alguns fazendo uso de óculos, tendo diagnóstico de asma controlada, obesidade, acne, entre outras situações.

Desta forma, é fundamental que os médicos compreendam a saúde como algo único para cada pessoa, e como a capacidade de realizar suas aspirações e propósitos de vida. Para uma determinada pessoa, a saúde pode significar ser capaz de correr uma maratona; já para outra, a saúde pode ser ter sua dor nas costas sob controle.

Um exemplo prático disso pode ser visto quando um indivíduo, até então hígido, realiza um eletrocardiograma de "rotina" e ele revela um distúrbio de ramo direito. Sabemos que na grande maioria dos casos isso é somente um achado ocasional, que não é grave e é até relativamente comum, não sendo sinal imediato de nenhuma doença cardíaca. Todavia, o fato de saber dessa pequena alteração elétrica muitas vezes gera um transtorno pessoal e familiar que desestabiliza o núcleo social do indivíduo.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), é irreal, e na maioria das vezes inadequado, buscar em todas as consultas um diagnóstico médico definitivo, ou seja, dar nome ao problema, para somente então iniciar o manejo. A busca incessante por uma raiz biológica e a definição dos quadros clínicos em termos estritamente biomédicos podem fazer com que muitos problemas sejam rotulados de maneira inadequada, como tristeza por depressão, agitação por hiperatividade, um paciente com muito medo por pânico, etc.

Para entender melhor a experiência da pessoa em relação à doença, o profissional de saúde deve estar atento a sinais e indicações dadas pelas pessoas durante a consulta. É interessante indagar que motivos levaram a pessoa a buscar atendimento naquele momento específico, sendo que muitas vezes, esses fatores poderão ser tanto esclarecedores do processo vivenciado quanto o próprio diagnóstico clínico.

Lang e colaboradores¹³ apontam que as pistas e sinais emitidos pelas pessoas que buscam atendimento, na forma de enunciados ou comportamentos, são importantes porque refletem suas ideias subjacentes, preocupações e experiências. Podem surgir na forma de expressão verbal ou corporal de sentimentos, tentativas de entender ou explicar os sintomas, pistas na fala que salientam preocupações pessoais, histórias pessoais que revelam ligações da pessoa às condições médicas ou fatores de risco e comportamentos que sugerem preocupações não resolvidas e suas expectativas (por exemplo, resistência a aceitar recomendações, busca de segunda opinião, solicitação repetida de consultas a curto prazo).

Portanto, para compreender a experiência do estar doente, é fundamental, durante a consulta, o médico estar atento a “dicas e pistas”, que geralmente é manifestado através das razões pelas quais está buscando atendimento naquele momento¹⁴.

A entrada no mundo do paciente é uma arte difícil, exigindo do profissional qualidades humanas de empatia, aceitação não julgadora, congruência e honestidade. Também requer habilidade na prática de certas técnicas, que podem ser desenvolvidas e ensinadas⁷.

Uma consulta pode ter um bom início com perguntas abertas, como: “Em que posso te ajudar?”, “O que trouxe você aqui hoje?” ou “O que motivou esta consulta?”, proporcionando ao sujeito seu momento de fala.

Partindo de uma pergunta aberta e deixando a pessoa falar livremente por cerca de dois minutos, obtém-se a quase totalidade das informações necessárias para manejar o problema que a trouxe para consultar. Num segundo momento, pode-se complementar as informações com as perguntas objetivas que forem necessárias.

O primeiro minuto da consulta carrega um grande valor simbólico. O bom profissional de saúde é acolhedor e proporciona um ambiente de conforto e tranquilidade aos pacientes. Para isso, é fundamental demonstrar, nos primeiros minutos, que o paciente é o foco central do atendimento e que toda a atenção do profissional está voltada para ele¹⁵.

A habilidade crucial é estar receptivo aos sinais oferecidos por quem procura atendimento. Por meio de uma escuta atenta, o médico é capaz de responder a esses indícios, ajudando assim a pessoa a expressar suas expectativas, sentimentos e medos. A

falha em captar os sinais de um paciente resulta no médico cortando-o e, assim, perdendo uma oportunidade de obter uma compreensão de sua doença⁷.

Apesar dessa reconhecida importância, aproximadamente 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos, em média, depois de 15 a 20 segundos do início da consulta¹⁶. Quando o sujeito não é interrompido, geralmente fala livremente por cerca de 2 minutos e isso aumenta a probabilidade de expor os seus medos e preocupações. Já quando a interrupção acontece precocemente, há menos chance de ele contar ao profissional sobre os reais motivos da consulta. Posto isso, é possível depreender que quando se evita a interrupção da fala, provavelmente o profissional de saúde precisa fazer menos questionamentos no decorrer da consulta.

Técnicas para facilitar a narrativa do paciente

- Escuta ativa
- Ecoar as falas do paciente
- Parafrasear aquilo que é relatado
- Sumarizar
- Saber usar o silêncio a seu favor
- Utilizar perguntas abertas
- Perceber pistas verbais e não verbais

Adaptado de: JANTSCH e col. (2016)¹⁷

Stewart e col¹⁸. propõem quatro dimensões da experiência da doença que devem ser exploradas pelo médico durante a consulta:

1. **Sentimentos** da pessoa, especialmente os temores sobre seus problemas;

Quais são os sentimentos da pessoa que experiencia a doença? Ela teme que seus sintomas possam indicar um problema mais sério? Sente-se aliviada, tratando a doença como oportunidade de alívio de suas responsabilidades e obrigações? Sente-se irritada? Culpada?

“Existe alguma coisa específica sobre essa dor que o está preocupando?”

2. **Ideias** sobre o que está errado;

Embora as vezes a ideia que uma pessoa faz de um sintoma seja bastante objetivo – “será que essa cólica é uma pedra no rim?”, outros podem encarar problemas de saúde como punições, ou até como uma oportunidade, de forma muitas vezes inconsciente, de se tornar dependente e ser cuidado.

“O que você acha que pode estar causando esses sintomas?”

“Percebi que você já refletiu bastante sobre esse assunto. Quer me contar o que está acontecendo com você?”

“Quais são suas ideias a respeito do que sente?”

“Caracteriza seu problema como uma perda? Oportunidade? Punição?”

3. **Funcionamento** - como a doença afeta sua funcionalidade.

Haverá limitações nas atividades diárias? Será necessário ficar afastado do trabalho? Prejudicará a qualidade de vida? Atrapalha seu relacionamento com os familiares ou trabalho? Exige mudanças no estilo de vida?

“Como este problema está lhe afetando pessoalmente?”

“Como seu problema afeta o seu trabalho?”

“Como está sendo você fazer as atividades em casa? Isso tem afetado sua família?”

4. **Expectativas** em relação ao seu médico.

Quais são suas expectativas com relação ao profissional?

“Na sua opinião, qual seria a melhor maneira de lidar com essa questão?”

“Percebi que esse problema está te atrapalhando bastante. Qual seria a melhor forma de eu te ajudar?”

Didaticamente formamos o acrônimo **SIFE**.

Apresentamos a seguir alguns exemplos de perguntas facilitadoras que podem ser úteis nesse processo:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



- “Qual você acredita ser a causa de seu problema?”
- “O que você acredita que seja essa doença (sintoma)?”
- “Você tem alguma ideia ou teoria sobre por que tem sentido isso?”
- “O que ela representa pra você?”
- “Quais seus medos e expectativas em relação a isso?”
- “Quais são suas preocupações?”
- “O que lhe preocupa mais a respeito disso?”
- “Você acha que algo ruim possa estar causando isso?”
- “Para você, há algo especialmente preocupante sobre isso?”
- “Como isso está afetando sua vida diária?”
- “Isso tem feito com que você deixe de participar de alguma atividade?”
- “Há alguma ligação entre o que você está sentindo e o jeito que está sua vida?”
- “Como você acha que eu poderia ajudá-lo?”
- “O que você acha que lhe ajudaria a lidar com isso?”
- “Há algum tratamento específico que gostaria de receber? Como posso lhe ajudar nesse sentido?”

Após a exploração da agenda do paciente, em algum momento, o médico precisará aplicar sua agenda, trazendo os problemas do paciente para o seu mundo, tentando chegar a um diagnóstico patológico ou aplicando estratégias preventivas apropriadas.

Nesse momento, é recomendado que se faça prevenção de demandas aditivas, através de perguntas com intuito de esgotar todas as demandas. Outras perguntas que podem ser utilizadas nesse momento são^{14,15}:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



- “Algo mais?”
- “Mais algum motivo de consulta?”
- “Deseja consultar por mais alguma coisa?”
- “Precisamos ver alguma outra coisa que você ainda não tenha comentado?”
- “Quer falar mais sobre isso?”
- “Você tem mais alguma dúvida que eu possa ajudar?”
- “O que tem acontecido desde que esses sintomas começaram até agora?”

Além de facilitar a compreensão da pessoa sob cuidado, reduz a chance do “sinal da maçaneta”, que ocorre ao fim da consulta: o paciente já está com a mão na maçaneta da porta para sair, quando então traz mais motivos de consulta¹⁵.

Outra dica, antes de finalizar a consulta, é perguntarmos a nós mesmos, profissionais de saúde, aspectos relacionados aos nossos atendimentos:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas aos próprios profissionais)



- Houve comunicação não verbal durante o atendimento?
- Realizei uma boa escuta inicial?
- Ou introduzi conselhos e informações precocemente, antes de ouvir?

Componente 2: Entendendo a pessoa como um todo, inteira

O segundo componente do MCCP integra os conceitos de saúde, doença e experiência da doença com o entendimento da pessoa como um todo, incluindo entendimento quanto ao estágio em que a pessoa está no ciclo da vida e seu contexto de vida.

O conhecimento do indivíduo inteiramente deve incluir a família, o trabalho, as crenças, a cultura e as vivências nas várias etapas que compõem o ciclo vital individual. Muitas vezes, essas informações são obtidas antes mesmo de a pessoa adoecer, pelo contato em função dos demais familiares ou das atividades na comunidade. Um médico que entende a pessoa por inteiro pode reconhecer o protagonismo do contexto em melhorar, agravar ou mesmo causar doenças em seus membros. Sabe que doenças graves em um membro da família reverberam por todo o sistema hierárquico e que as crenças culturais e as atitudes também influenciam em seu cuidado¹⁹.

Além disso, compreender integralmente o indivíduo pode ajudar o médico a aumentar sua interação em períodos específicos do ciclo de vida, ajudando a compreender sinais e sintomas pouco definidos ou reações aparentemente exageradas e fora de contexto. Para conhecer a pessoa desta maneira, é necessário compreender o desenvolvimento individual, saber o que é um desenvolvimento saudável e identificar que a formação da personalidade surge como resultado do modo como cada fase do da vida acontece.

O estágio das pessoas nos ciclos de existência, as tarefas e papéis que assumem influenciam no tipo de atendimento que buscarão, bem como no seu envolvimento com o processo de saúde-doença. O entendimento desses fatores ajudará o profissional de saúde a enxergar as demandas não apenas como fenômenos isolados. Por exemplo, um jovem adulto pode enfrentar um período de incerteza e ansiedade ao assumir a responsabilidade pela sua própria vida. Uma mãe que vê seu filho sair de casa pode vivenciar um sentimento de vazio, acompanhado de solidão, tristeza, desamparo e pessimismo. Um idoso que passa pela fase de aposentadoria pode estar sentindo inutilidade, solidão.

O profissional ou a equipe devem tentar captar como a pessoa singularmente se comporta diante de grandes forças como: doenças, desejos e interesses, assim como também trabalho, cultura, família e redes sociais. Ou seja, agregando potencialidades frente às intempéries. Estar doente é apenas uma dimensão dos papéis que a pessoa desempenha, portanto, é um recurso reduzido para entender a experiência do adoecimento⁶.

Uma excelente fonte de informações é a abordagem familiar na busca de informações e auxílio no cuidado, pois cerca de um terço das pessoas vai acompanhada às consultas. Isso é especialmente importante nas situações que envolvem doenças mentais ou crônicas, além de sintomas medicamente inexplicáveis. O acompanhante, com frequência, acaba sendo visto como um dificultador, todavia, é papel do médico desenvolver e incorporar habilidades para utilizá-lo ou dispensá-lo se for mais conveniente¹⁴. Assim, para entender a pessoa como um todo, devem-se obter respostas para perguntas como:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



- “Com quem você reside? Quem faz parte da sua família?”
- “Em que ponto do desenvolvimento individual a pessoa está?”
- “Em que ponto do ciclo vital familiar a família se encontra?”
- “Como a doença afeta as tarefas dos integrantes da família?”
- “Como a família experienciou doenças anteriormente?”
- “Como é seu relacionamento com seus vizinhos?”

A elaboração do genograma familiar como instrumento de conhecimento, de interpretação e de intervenção é fundamental. A partir das informações familiares, comunitárias ou profissionais, pode-se estabelecer os diferentes contextos em que a pessoa vive.

O contexto pode ser dividido em próximo, que envolve família, educação, previdência, emprego, lazer, questões financeiras e suporte social ou amplo, relacionado à comunidade, cultura, geografia, sistema econômico, sistema de saúde e meios de comunicação.

Moira Stewart e demais colaboradores elaboraram o modelo como descrito anteriormente, abrangendo contextos próximo e amplo. Entretanto, acreditamos que seja possível ainda estabelecer mais uma camada - que denominamos de macrocontexto, levando-se em consideração que o capital e o modelo hegemônico em que as sociedades se organizam influenciam significativamente o processo de adoecimento das pessoas, através de suas políticas econômicas e condições de trabalho.

No mesmo sentido, Laurell²⁰ aponta que processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção”

Procuramos ilustrar a incorporação do macrocontexto - determinação social, aos contextos próximo e amplo através da figura abaixo.

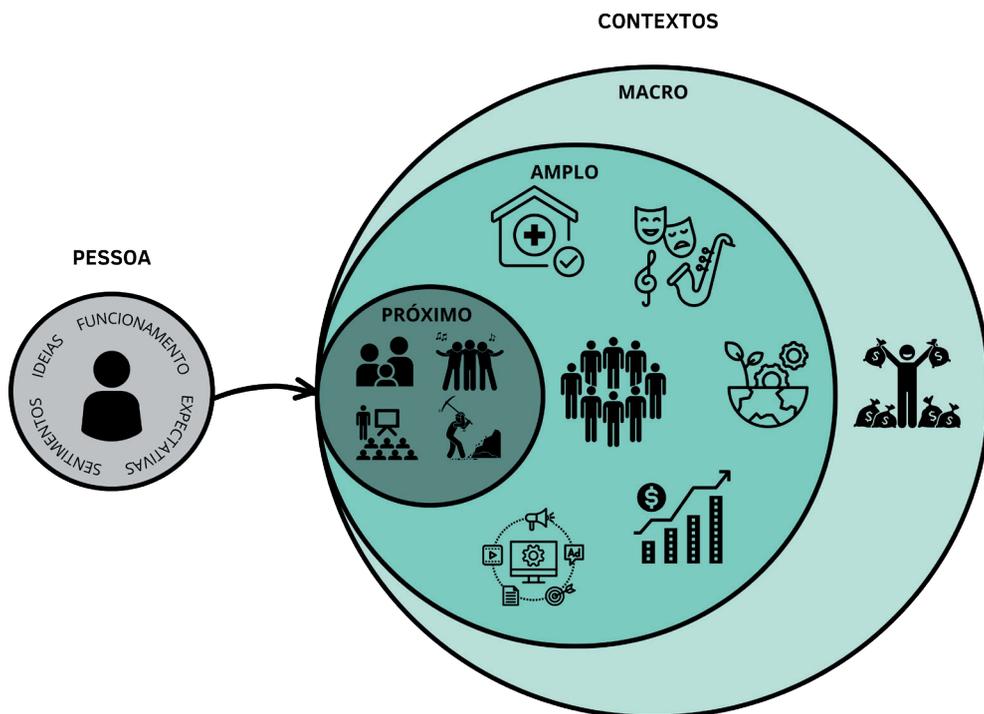


Figura 4: Contextos (adaptação dos autores)

Com o entendimento da pessoa como um todo, o médico tem a possibilidade de romper com a abordagem tradicional, fazendo com que a doença deixe de ser vista como uma entidade específica, conferindo uma visão ampla de todo contexto socioeconômico-cultural do processo vivenciado. Deste modo, é importante entender os múltiplos fatores conjugados ao adoecer e suas relações com a experiência da doença, fazendo o diagnóstico um conceito particular e instituindo uma abordagem terapêutica multifatorial e interdisciplinar.

Além disso, o entendimento integral melhora a interação dos especialistas antes relatados e pode ser particularmente útil em situações em que os sinais e sintomas não apontam uma doença claramente definida ou quando a resposta a uma experiência de doença parece exagerada, estranha, incomum ou fora de contexto.

Assim como o sentido de uma palavra depende do contexto da frase na qual está inserida, também o sentido de saúde e a experiência de doença variam de acordo com a condição no qual se insere a pessoa.

É importante para o profissional da saúde explorar essas dimensões, embora seja difícil e por vezes pouco produtivo fazê-lo num único atendimento. No tocante a esse ponto, uma das atribuições da APS é a da longitudinalidade, a qual favorece o conhecimento progressivo do contexto da pessoa.

Uma estratégia que se mostra eficiente para avaliar a relevância das questões do contexto sobre o processo saúde-doença é buscar uma relação temporal entre as mudanças do cenário e o surgimento ou alteração no padrão dos sintomas. Nesse sentido, a perda de emprego, por exemplo, pode ser um evento relevante na manifestação de uma cefaleia ou na descompensação da hipertensão arterial.

Como pode o profissional de saúde planejar um tratamento, sem conhecer a realidade da pessoa no trabalho, suas possibilidades em casa, seu contexto social? Nesse sentido, alguns questionamentos podem contribuir para a compreensão da pessoa como um todo.

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)

- “Qual sua relação com o emprego?”
- “Quem faz parte da sua rede de apoio?”
- “Você frequenta alguma religião?”
- “Como é sua cultura e da sua família?”
- “Como encontrar parceiros para melhorar a adesão ao tratamento?”
- “Frequenta algum grupo?”
- “Qual sua relação com a unidade de saúde?”



Componente 3 - Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

Ao se pensar em saúde e na aplicação de tecnologias visando o bem-estar das pessoas, é importante que todo plano de cuidados, projeto, programa ou modelo de atenção esteja incorporado a um sentido novo, que é dado pela presença do usuário como sujeito ativo. Diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, se aposta que fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual. É preciso reconhecer o paciente como protagonista que influencia e é parte do processo de cuidado²¹.

Para ser centrado na pessoa, o profissional precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhando questões sobre a situação de saúde do indivíduo durante a consulta, bem como as relativas às condutas a serem tomadas¹⁸.

A incorporação dos aspectos subjetivos relacionados à doença e o conhecimento do contexto são elementos fundamentais, mas somente fazem sentido se forem usados para se chegar a um consenso a respeito da análise do que está acontecendo, o que pode, ou não, incluir um diagnóstico formal e um acordo sobre a maneira como a condição deve ser manejada.

Um estudo canadense sobre o envolvimento de pacientes na tomada de decisão sobre seu tratamento revela que estes mostram desejo de informação, e poucos esperam que a tomada de decisão caiba exclusivamente ao médico²². Desta forma, é aconselhado aos médicos que exerçam dois papéis principais: amparar os pacientes na resolução de problemas (de modo a estruturar escolhas possíveis) e apoiar na tomada de decisões difíceis.

De acordo com estudos conduzidos por Stewart e col.²¹, a adesão dos pacientes foi considerada melhor quando eles tiveram algum grau de envolvimento no cuidado de sua saúde, especialmente quando estavam envolvidos no processo de tomada de decisão. Isso se torna mais relevante quando se percebe que dois terços dos pacientes costumam não aderir aos conselhos de seus médicos.

O primeiro passo para elaborar um plano conjunto de manejo é se chegar a uma explicação que seja razoável tanto para o profissional como para a pessoa que busca atendimento. Se esta não ficar convencida com a explicação para a situação que lhe está trazendo desconforto, ela dificilmente ficará tranquila sem o uso de exames complementares que “comprovem” a teoria, assim como não terá uma boa adesão a medidas propostas.

Nesse processo a pessoa atendida e o profissional de saúde procuram alcançar um entendimento mútuo e estabelecer uma concordância em três postos-chave:

1. Definição do problema a ser manejado.
2. Estabelecimento das metas e prioridades do tratamento.
3. Identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico.

Vamos entender melhor:

1. Definição do problema a ser manejado:

Com frequência, os médicos e as pessoas doentes têm pontos de vista divergentes em diversas áreas, e a busca de uma solução não envolve apenas barganha e negociação, mas também um movimento para conciliar opiniões ou achar terreno comum, devendo o médico incorporar ideias, sentimentos, expectativas e ocupação da pessoa ao planejar o manejo da situação.

Definir o problema a ser manejado, por meio de um diagnóstico ou da tranquilização, é essencial, pois ter entendimento ou explicação sobre sintomas físicos ou emocionais preocupantes é uma necessidade humana fundamental.

É preponderante que o profissional utilize termos que as pessoas possam compreender, evitando termos técnicos e jargões clínicos, que poderiam inibir a pessoa de expressar ideias e preocupações ou até mesmo de fazer perguntas. Dar uma denominação (nome, rótulo, designação) para a situação que a pessoa está enfrentando é importante, pois a ajuda a entender a causa, fornece uma ideia do que esperar em termos de evolução do problema e permite dar informações sobre o prognóstico¹⁴.

As pessoas costumam formular uma hipótese sobre o que têm antes de se apresentarem ao médico e constroem seu próprio modelo explicativo. Assim, cabe ao médico validá-lo ou não, para explicar o problema e o manejo recomendado de forma consistente com o ponto de vista da pessoa de modo que faça sentido nas palavras dela, que ela entenda e concorde com as recomendações.

2. Estabelecimento das metas e prioridades do tratamento:

Após a pessoa e o médico chegarem a um entendimento e concordância mútuos em relação aos problemas, o próximo passo é explorar as metas e as prioridades para o tratamento.

Dificuldades na relação podem surgir quando existem ideias diferentes sobre o problema, ou quando as suas prioridades são diferentes. Se a pessoa não concorda ou acredita no plano sugerido pelo profissional, o tratamento estará fadado ao fracasso, já que a decisão final sobre o seguimento ou não do tratamento proposto é sempre da pessoa.

É importante que o profissional explique de maneira clara as opções terapêuticas, envolvendo a pessoa na discussão das vantagens e desvantagens de diferentes escolhas.

Exemplo Prático

Rose, agora que já conversamos, você me contou sobre a sua tosse e eu te examinei, posso concluir que se trata de um quadro viral, que é uma infecção bem comum na sua idade e não costuma ter maior gravidade. É importante você se alimentar bem, ingerir bastante líquido e repousar um pouco. Vou te prescrever lavagem nasal com soro fisiológico e dipirona, caso tenha dor ou eventualmente febre. Para esse tipo de infecção não é necessário uso de antibióticos, pelo menos nesse momento. Eu gostaria que você retornasse no início da próxima semana para que eu possa te reavaliar e ver como você está. Tudo bem para você? O que acha dessas medidas que estou te propondo? Gostaria de mais alguma informação?

Quando falei que não era necessário uso de antibióticos percebi que você ficou um pouco preocupada. Você gostaria de me contar com mais detalhes o que te preocupa em relação a isso?

Compreendo sua preocupação... O que você acha de retornar em 2 dias para que possamos fazer uma reavaliação e confirmar se realmente não é necessário o uso de antibióticos? Se tiver alguma piora, você pode retornar amanhã. O que você acha?

Se as metas forem divergentes, encontrar um planejamento conjunto poderá se tornar um desafio. Muitas vezes, o que o profissional de saúde chama de “não adesão ao tratamento” pode ser uma forma da pessoa expressar sua discordância com a terapia ou metas estabelecidas.

Quando houver desacordo, o profissional deve evitar conflitos pelo poder, preferindo, ao invés, escutar as preocupações e opiniões da pessoa, e não simplesmente rotulá-la de “desobediente”. É importante ter cuidado e habilidade para facilitar o processo de manejo. Para isso, algumas questões podem ser abordadas:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



Buscar o momento adequado:

- “Você poderia me ajudar a entender o que nós poderíamos fazer juntos controlar sua doença?”
- “Há algo que possamos fazer para que esse plano seja mais fácil de seguir?”

Encorajar a participação:

- “Estou interessado no seu ponto de vista, especialmente, porque você é o único que vai viver com nossas decisões sobre os tratamentos.”

Clarear a concordância da pessoa:

- “Você vê alguma dificuldade em fazer isso?”
- “Você precisa de mais tempo para pensar sobre isso?”
- “Existe algo que você gostaria de falar ou perguntar sobre esse tratamento?”
- “Muitas pessoas têm dificuldade em lembrar-se de tomar medicações. Você costuma esquecer de tomar seus remédios?”
- “Você não está indo tão bem como eu esperava, gostaria de saber se há algum problema com a medicação que eu não consigo explicar?”

3. Identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico:

Problemas na definição de papéis entre médico e paciente podem ocorrer quando há divergências em expectativas, como a busca por um especialista que tome todas as decisões, enquanto o médico prefere uma relação colaborativa ou quando o paciente busca uma figura paternalista, mas o médico prioriza uma abordagem científica e holística.

Ao praticar um enfoque centrado na pessoa, o médico deve ser flexível com relação à ótica que a pessoa busca ou da qual ela necessita, observando os aspectos culturais, o tipo de problema e o perfil da pessoa. A participação na tomada de decisão irá variar, dependendo de suas capacidades cognitivas, emocionais e físicas, e o médico deve adaptar-se a cada situação.

É importante proporcionar espaço para a pessoa e fazer perguntas, como:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



- “O que você pensa sobre isso?”.

Diante de respostas como: “Eu não sei. Você é o médico...”, o médico pode responder: “Sim, e vou dar a você informações e minha opinião, mas suas ideias e seus desejos são importantes para fazermos nosso plano conjuntamente”.

Quando médico e paciente conseguem chegar a um lugar-comum a respeito do que está acontecendo, passa-se à fase de negociação acerca do que precisa ser feito e quais são as atribuições, tanto do médico como do paciente.

Vale reforçar que as pessoas devem ter tempo e se sentirem à vontade para esclarecer suas dúvidas, e não se sentirem envergonhadas pela sua falta de conhecimento técnico acerca do seu estado de saúde. Colocações como as apresentadas no quadro a seguir são importantes para abrir espaço para a construção comum das metas e prioridades do tratamento.

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



- “Gostaria de saber seu ponto de vista, principalmente porque você terá que conviver com as nossas decisões sobre seu tratamento.”
- “Você vê alguma dificuldade em seguir esta proposta?”
- “Há algo que possa ser feito para que este tratamento fique mais fácil de seguir?”
- “Você pode pensar mais a respeito disso.”

Deve-se sempre incentivar a troca de informações e o desenvolvimento de capacidades que permitam ao sujeito uma maior autonomia no seu autocuidado, embora em alguns casos ele possa assumir uma postura menos ativa, aguardando que o profissional lhe diga o que fazer. É importante também lembrar que o grau de responsabilidade assumido com o seu cuidado também pode variar conforme o estado de saúde.

Ao elaborar um plano de manejo conjunto, médico e pessoa podem identificar prioridades (que nem sempre coincidem com as expectativas e necessidades clínicas da pessoa), definir metas e atribuir responsabilidades específicas a cada parte. Algumas ações dependem do paciente, outras do profissional, da família, da equipe, do sistema de saúde, outras podem ser intersetoriais, etc. Na conclusão de um plano de cuidados conjunto, a pessoa e o médico formam uma equipe com conhecimento mútuo da realidade e objetivos comuns.

O uso de uma tabela, como a demonstrada abaixo, pode auxiliar na construção de um plano conjunto de manejo dos problemas:

Tema	Para a pessoa	Para o profissional de saúde
Problemas		
Metas		
Papeis		

Figura 5: Tabela para definição de problemas, metas e papéis no plano de manejo conjunto. Adaptado de Gusso G, Lopes JM, Dias LC. (2019)²³

Um exemplo de como isso pode ser utilizado de modo prático:

Tema	Para a pessoa	Para o profissional de saúde
Problemas	Diabete Disfunção erétil	Diabete melito descompensado
Metas	Controlar o diabete Melhorar a vida sexual	Manter HbA1c < 7% Evitar complicações da doença
Papeis	Promover mudança no estilo de vida Realizar exames conforme solicitação médica Utilizar as medicações prescritas	Orientar quanto ao quadro atual, riscos e a importância do processo de autocuidado. Indicar melhores tratamentos e investigações baseado nas melhores evidências. Acompanhar comorbidades, complicações e seu processo de compensação

Ao final da consulta é fundamental que o profissional repasse com a pessoa o entendimento e a concordância quanto ao que foi estabelecido.

Isto é bem diferente de prescrever um tratamento. Na prescrição, a relação é vertical: o médico emite “ordens” e o paciente deve obedecer. Se ele não seguir as instruções, tanto o médico pode ser visto como negligente quanto o paciente como resistente ao tratamento.

Em outro estudo conduzido por Moira Stewart²⁴, ainda na década de 1990, foi demonstrado que o compartilhamento das decisões foi associado positivamente aos resultados a longo prazo, sendo que em 76% dos casos avaliados houve melhora da saúde global do paciente.

Fica claro que as ações em saúde, pautadas no plano do cuidado, desenvolvem espaços de encontros entre o profissional e o sujeito sempre apoiados nos saberes estruturados, mas sem colocar aí um ponto final. Deve-se tornar mais simétrica possível a relação entre o usuário e o profissional, possibilitando ações terapêuticas mais compartilhadas, gerando também autonomia e responsabilização do usuário em relação ao seu modo de levar a vida. Ter o conceito de cuidado como balizador das práticas de saúde e colocando a pessoa como centro da atenção, implica na incorporação de outros saberes para além dos típicos da saúde.

Dicas para a prática (perguntas direcionadas aos próprios profissionais)



- Os objetivos e os papéis de cada um foram bem definidos?
- Usei perguntas como: “Você vê dificuldades em seguir essa proposta? “Há algo que possa ser feito para que este tratamento fique mais fácil de ser seguido?”
- Ou a intimidação e as “brincas” foram usadas como principal método de planejamento?
- Montamos um resumo juntos das prioridades elencadas e definimos quem é o responsável por cada uma delas?

Componente 4 - Intensificando a relação entre a pessoa e o médico

Todo relacionamento entre pessoas é único, e pode ser visto como uma troca que ocorre entre esses indivíduos. Esse intercâmbio envolve atenção, sentimentos, confiança, poder e sensação de objetivo.

A matéria prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica na produção se executando entre profissional e usuário. No momento que estes encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e a coparticipação entre esses protagonistas. Nesse sentido, é primordial acolher as singularidades e perceber que ambos – profissional e usuário – são sujeitos ativos do processo da produção de saúde.

O relacionamento tem em si dimensões terapêuticas e pode proporcionar a melhoria do senso de autoeficácia das pessoas (isto é, o equilíbrio de controle sobre si mesmo e sobre o seu mundo) ou mesmo a cura, desde que bem trabalhado.

No quarto componente, Stewart e col.¹⁸ ressaltam a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado longitudinalmente em todos os encontros. Essa relação deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico.

O profissional, quando vê o mesmo indivíduo ao longo do tempo (com uma variedade de demandas), adquire um considerável conhecimento sobre ele e seu histórico, o que pode ser útil no manejo de problemas futuros. A cada visita, no contexto da continuidade do cuidado, ele se esforça para construir um relacionamento individual como base para um trabalho conjunto, de modo a explorar o potencial curativo da relação interpessoal.

A empatia se caracteriza por um estado emocional do profissional que permite detectar as emoções em seu interlocutor e como consequência consegue evidenciar que percebeu essa emoção, seja em nível verbal ou não verbal. A resposta empática permite

que a pessoa se sinta ouvida, compreendida, e não julgada/criticada, encorajando-a na partilha da informação.

Esta é uma parte desafiadora da entrevista, pois os profissionais historicamente são treinados para buscar informações focadas na doença e para usar, na maioria das vezes, perguntas fechadas. Contudo, ao fazer uso das habilidades comunicacionais, consegue-se apoiar o relato, facilitar a comunicação, ajudar na exploração da informação e, simultaneamente, demonstrar cuidado, empatia e partilha¹⁴.

Num cenário que alguém busca um atendimento, o médico deve reconhecer como diferentes pessoas requerem diferentes abordagens, as quais variam de acordo com idade, gênero, problema, estado emocional, etc. Ele precisa agir de uma maneira personalizada para alcançar as diversas necessidades de quem busca ajuda, “caminhando com” a pessoa e colocando a si mesmo na relação terapêutica para mobilizar o empoderamento individual.

Para o sucesso da relação o médico deve ter em mente que é fundamental o compartilhamento de poder durante toda trajetória terapêutica, bem como reconhecer e saber lidar com situações de transferência e contratransferência. O cuidado centrado na pessoa exige que o profissional de saúde crie um ambiente facilitador, sendo empático, atento e reconhecendo o outro tal qual ele se apresenta, transformando qualquer interação ou relação interpessoal em um momento para promover saúde¹⁹.

As pessoas, quando consultam, esperam que o profissional demonstre segurança e controle (não confundir com paternalismo e centrado no médico), atuando tecnicamente, o que transmite confiança no profissional.

Um dos recursos é utilizar a escuta ativa, como já citado anteriormente no componente 1 e, a partir daí, assumir com a escuta dirigida: ouvir, mas direcionando para o que desejamos e precisamos fazer. Para isso, podemos utilizar frases como:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas às pessoas)



- “Isso é importante; podemos voltar a esse assunto depois, mas agora preciso fazer algumas perguntas...”
- “Certo, entendo..., mas gostaria de esclarecer melhor esse aspecto...”
- “Vejo que você gosta de conversar, mas agora preciso que me ajude sobre...”
- “Vejo que você gosta de conversar... mas agora preciso que responda algumas perguntas. Vou lhe interromper às vezes para que eu possa entender o que está acontecendo com você, tudo bem?”
- “Olhe, preciso da sua ajuda... Por uma dificuldade minha não estou conseguindo manter a atenção. Você pode me ajudar, tentando ser um pouco mais objetivo?”

Por outro lado, consultas longas podem não ser produtivas, sobretudo se geram desconforto e ansiedade no profissional. Quando já existe vínculo, é possível avisar a pessoa sobre as dificuldades em atendê-la. Mesmo as consultas de pessoas com problemas emocionais devem ter um limite de tempo, uma vez que perdem a intensidade e podem ser ineficazes na sua função terapêutica. A ampliação do tempo de consulta deve estar condicionada à necessidade. Deve-se pensar no atributo longitudinalidade e no fato de que não é preciso fazer tudo naquele momento. Outro recurso, após criarmos vínculo, é dividir com as pessoas as nossas dificuldades. Todas essas ações têm o potencial de fortalecer o vínculo entre a pessoa e o médico.

Ainda no âmbito do 4º componente, é importante destacar os processos de transferência e contratransferência, que também influenciam as relações terapêuticas. Transferência refere-se a um processo em que a pessoa, de forma inconsciente, projeta nos indivíduos que fazem parte da sua vida pensamentos, comportamentos e reações emocionais, originados em outros relacionamentos significativos desde a sua infância. Esse processo pode incluir sentimentos de amor, ódio, ambivalência ou dependência. Entender as reações de transferência melhora a capacidade do profissional de prestar atendimento à pessoa e pode fornecer uma experiência de ajuste emocional¹⁸.

Já a contratransferência é um movimento inconsciente que ocorre quando o profissional responde à pessoa de modo semelhante à situações vivenciadas em relacionamentos significativos do passado. O profissional deve ficar atento ao que desencadeia certas reações, como questões pessoais não resolvidas, estresse e conflitos de valores. Nesse momento, a autoconsciência tem especial importância, junto com a capacidade de auto-observação durante a consulta¹⁸.

Vale lembrar que o desenvolvimento da autoconsciência e do autoconhecimento, ferramentas úteis no fortalecimento do relacionamento entre pessoa e profissional, são processos constantes. Dessa forma, devem ser desenvolvidos e cultivados ao longo da vida. Ao final da consulta, o médico pode fazer alguns questionamentos, tentando identificar potencialidade e fragilidades no fortalecimento da relação pessoa-médico:

Dicas para a prática (perguntas direcionadas aos próprios profissionais)



- “Integrei as informações atuais com o que já conheço daquela pessoa?”
- “Ou evitei o vínculo tentando ser estritamente técnico?”
- “Presumi que já sabia o que ele tinha antes mesmo de terminar de ouvi-lo”.
- “Consegui evitar juízos de valor e julgamentos prematuros?” Ex: não falar que vai ficar tudo bem se você não tem certeza disso...
- Evitei posturas culpabilizadas como: “Por que não tomou os comprimidos?” “Por que faltou a consulta?”

Envolver pessoas em decisões sobre sua saúde é relevante para todos os profissionais da área em todos os cenários. Egbert e col.²⁵ mostraram, em um estudo cuidadosamente controlado, que apenas fornecendo explicação e informação, a quantidade de dor pós-operatória experimentada pelos pacientes diminuiu dramaticamente. Já um estudo conduzido por Poole e Huxley²⁶ constatou que ao fornecer apoio emocional às mães cujos filhos passaram por cirurgias, as recuperações física e psicológica das crianças foram aceleradas.

Centrar-se na pessoa é crucial para um atendimento de boa qualidade, mas alcançar um verdadeiro cuidado centrado na pessoa por meio dos serviços de saúde requer a transformação dos sistemas, bem como das atitudes, existindo algumas recomendações estratégicas aos médicos para a superação desse desafio:

- Envolver as pessoas ou famílias nas decisões;
- Manter as pessoas ou famílias informadas;
- Melhorar a comunicação com as pessoas e famílias;
- Dar às pessoas e às famílias aconselhamento e suporte;
- Obter consentimento informado para aqueles procedimentos ou processos de maior risco ou possibilidade de dano;
- Obter retorno das pessoas e famílias e ouvir suas opiniões sobre o cuidado prestado;
- Ser franco e leal quando efeitos colaterais ocorrerem; reconhecer os erros.

PARA CONCLUIR

A Medicina Centrada na Pessoa, método introduzido por Moira Stewart e seus colaboradores, propõe transformar o método clínico tradicional, mudando o foco dos cuidados em saúde, partindo apenas do tratamento das doenças para o tratamento dos indivíduos como seres integrais. Para isso, enfatiza a compreensão da doença e a experiência da doença, o entendimento da pessoa como um todo, a busca por um terreno comum nas decisões de tratamento e o fortalecimento da relação terapêutica

A perspectiva da pessoa sob cuidados enfatiza a importância de compreender as suas crenças, valores e preferências, a fim de fornecer propostas alinhadas com suas necessidades e expectativas. Ao envolvê-la no seu próprio tratamento, os profissionais podem incentivá-la a assumir um papel ativo na gestão da sua saúde e no autocuidado. Além disso, essa abordagem colaborativa pode levar a uma melhor adesão aos planos terapêuticos e resultados mais assertivos em saúde. Já o vínculo pode melhorar a comunicação e fomentar um sentimento de parceria entre a pessoa e o profissional de saúde.

Stewart e colaboradores¹⁸ demonstraram que uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos quando comparada aos modelos tradicionais, já que aumenta a satisfação do usuário, melhora a adesão aos tratamentos, diminui solicitação de exames desnecessário e encaminhamentos, diminui preocupações, reduz sintomas e melhora a situação fisiológica, dando melhor percepção em relação à própria saúde.

Duncan e seus colaboradores²⁷ também apontam que existem diversos estudos a respeito dos desfechos do uso do M CCP e concluem que as consultas centradas na pessoa não exigem mais tempo; há melhora no controle de doença crônicas (como diabetes melito e hipertensão) bem como nos pacientes com sintomas inespecíficos; ocorre diminuição nas queixas por má prática, redução nos sintomas e doenças mentais, menor prescrição de medicações neurolépticas; são solicitados menos exames complementares; há maior satisfação do médico; promove-se uma conexão maior entre médicos e pacientes; há melhora na adesão aos tratamentos, maior provisão de serviços preventivos, menor número de encaminhamentos e melhora nos cuidados paliativos.

Verifica-se, portanto, que é inegável a potência do Método Clínico Centrado na Pessoa no sentido da ampliação do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2006. 231 p.
2. SILVA CAF. Descartes, entre o mundo e o homem. Princípios [Internet]. 3 de março de 2012;18(29):401-5.
3. Bedrikow R, de Sousa Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Medica Bras [Internet]. Nov 2011 [citado 30 abr 2024];57(6):610-3.
4. Ballester D, Zuccolotto SM, Gannam SD, Escobar AM. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Medica. Dez 2010 [citado 29 abr 2024];34(4):598-606.
5. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.
6. Ferreira DC, Souza ID, Assis CR, Ribeiro MS. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. Rev Bras Educ Medica [Internet]. Jun 2014;38(2):283-8.
7. Levenstein J. The Patient-Centred Clinical Method. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. Fam Pract Oxf Univ Press. 1986;3(1).
8. Campos GW, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Ago 2007 [citado 29 abr 2024];12(4):849-59.
9. Bedrikow R, de Sousa Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Medica Bras. Nov 2011;57(6):610-3.

10. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005. 212 p.
11. Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNASUS UNIFESP; 2010.
12. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expect [Internet]. Jun 2004;7(2):181-2.
13. Lang F. Clues to Patients' Explanations and Concerns About Their Illnesses: A Call for Active Listening. Arch Fam Med [Internet]. 1 mar 2000;9(3):222-7.
14. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.
15. Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.
16. Phillips KA, Ospina NS. Physicians Interrupting Patients. JAMA. 2017 Jul 4;318(1):93.
17. Jantsch AG, Lopes A, Norman A, Luzón L, Streit MB, França SP. Multiplica: método de ensino para programas de residência em medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2016.
18. Stewart M, Freeman TR, McWilliam CL, Brown JB, Weston W, McWhinney I. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.
19. Vilela S de C, Carvalho AMP, Pedrão LJ. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. Revista de Enfermagem UERJ. 2014 ; 22(1): 96-102.
20. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Rev Latino Am Salud [Internet]. 1982;2:7-25.
21. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston W. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. J Fam Pract. 2000;9(49):796.
22. Deber RB. What Role Do Patients Wish to Play in Treatment Decision Making? Arch Intern Med [Internet]. 8 jul 1996;156(13):1414.
23. Gusso G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2432 p.
24. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J. 1995;152(9):1423-33.
25. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients. New Engl J Med [Internet]. 16 abr 1964;270(16):825-7.
26. Poole R, Huxley P. Social prescribing: an inadequate response to the degradation of social care in mental health. BJPsych Bull [Internet]. 1 ago 2023:1-4.
27. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.

CONTEXTO

Nos confins da tranquila cidade de Primavera, onde os campos se estendem até onde a vista alcança e o ritmo da vida segue a cadência do sol, reside um guardião da saúde da comunidade. Esse guardião não é outro senão Marco Aurélio, um Médico de Família e Comunidade recém-saído da residência. Ele tinha um compromisso além de tratar doenças: ser um catalisador do bem-estar, um confidente e um guia nos momentos de aflição.

Era início de 2021 quando o jovem assumiu o concurso público como servidor municipal nesta cidade localizada no interior do estado de Santa Catarina, com aproximadamente 150 mil habitantes. O local era referência para as pequenas cidades que cresceram ao redor, uma vez que por questões políticas o sistema organizacional centralizou algumas ações no município com maior infraestrutura.

A rede de saúde do município de Primavera contava com 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 2, um CAPS infantojuvenil, um CAPS álcool e drogas, além de um centro de referência para doenças infecciosas e um Hospital Municipal.

Apesar de ser um território de médio porte, o ambiente era pacífico, com laços coloniais e predominância de uma estrutura agropecuária, rica em plantações de uvas e produção de laticínios. A população era formada na grande maioria por descendentes de italianos e alemães, porém muitas outras sociedades participaram do processo de construção da comunidade.

Em sua maioria, o local possuía pessoas jovens, todavia no bairro da Roseira a população contava com a maioria de idosos, uma vez que a região era mais pacífica e distante do centro. E foi nesse espaço, com casas simples e muita área verde, que o médico iniciou seu trabalho.

Para Marco, morar em um local diferente seria um desafio de vida, já que havia crescido e feito sua formação na cidade de Florianópolis, onde havia mais de três vezes o contingente populacional. Ele estava acostumado a correr pela praia ao final de tarde e frequentar bons restaurantes aos finais de semana, todavia os momentos de lazer dos habitantes de Primavera focavam-se em atividades manuais, beber chimarrão e encontros com amigos. Situações cotidianas simples, mas com um grande valor cultural para quem ali estava.

Esse bairro tinha cerca de 5 mil habitantes e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) antiga que havia sido recentemente revitalizada, onde pintaram as paredes de azul, colocaram portas brancas e ar-condicionado nos consultórios, além de novas cadeiras na recepção. Esse foi um fator que chamou muito a atenção da equipe que ali trabalhava, uma

vez que essa unidade por anos foi deixada de lado nas obras públicas. A UBS se chamava Jardim dos Trabalhadores.

Marco foi contratado para atuar 40 horas semanais na unidade, como médico da ESF, com turnos que se iniciavam às 07:00 da manhã e finalizavam às 16:00 horas, de modo que no período noturno havia a possibilidade de realizar plantões na UPA da cidade, a fim de garantir uma renda extra que ajudaria a ter maior liberdade financeira no futuro.

Na mesma UBS, trabalhava uma enfermeira bastante conhecida entre os profissionais da rede por já ter sido professora de alguns deles durante seus cursos técnicos de enfermagem. Ela se chamava Heloisa, tinha 50 anos, cabelos claros e olhos azuis, um semblante tranquilo e muita experiência prática. Uma mulher determinada e que sempre estava pronta para abraçar todas as demandas que surgiam durante o dia. Além dela, outros cinco agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas de enfermagem e um dentista compunham a equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Apesar de algumas diferenças, Marco se aproximou da enfermeira e da ACS Elis, que também havia iniciado seu trabalho há poucos meses, pois havia algo que os aproximava - eles acreditavam no SUS e eram comprometidos em fazer o seu melhor. Esses três profissionais tinham muita determinação, sonhos e vontade de fazer a diferença naquele contexto. Nada, nem ninguém, impedia que puericulturas, pré-natais, acompanhamentos clínicos, visitas domiciliares e grupos de deixassem de ser realizados.

Além da equipe de ESF, a UBS Jardim dos Trabalhadores contava com um médico clínico, que atendia alguns pacientes fora da área de abrangência e também dava apoio nas consultas. Ele se chamava João Paulo, era bastante capacitado tecnicamente, embora tivesse uma visão mais tradicional da medicina e por vezes divergia das condutas da equipe. Além de João, a UBS tinha ainda uma vacinadora, uma pediatra e um psicólogo.

Dentro dos modestos corredores da unidade, Marco assume sua missão diária com zelo e dedicação. Cada pessoa que adentra sua sala representa mais do que um conjunto de sintomas, são histórias vivas e marcas da jornada humana. E é com essa perspectiva que ele emprega o Método Clínico Centrado na Pessoa - que ouviu falar na faculdade, mas aprendeu de fato na residência de MFC - em cada uma de suas abordagens.

Ao adotar esse modelo de atendimento, Marco estabelece uma relação de confiança e parceria com seus pacientes. Ele os incentiva a participar ativamente de seu próprio cuidado, educando-os sobre hábitos saudáveis, orientando escolhas informadas e buscando realizar a promoção da saúde.

Além dos muros da UBS, a equipe se torna um elemento vital na teia social do bairro Roseiral. Eles participam de eventos locais, conhecem os membros da comunidade pelo nome e entendem as peculiaridades culturais que moldam suas vidas. Essa integração é fundamental para promover uma abordagem de saúde verdadeiramente abrangente e inclusiva.

No entanto, nem todos os dias são ensolarados nesta jornada. Muitos são os desafios encontrados, desde a escassez de recursos até a complexidade de alguns casos clínicos. Mas é a resiliência e a paixão pela profissão que os impulsionam a superar esses obstáculos, sempre com a saúde de sua população em mente.

Assim, enquanto o sol se põe sobre os campos tranquilos da cidade do interior, a equipe encerra mais um dia de serviço com um sentimento de gratidão e realização, pois eles sabem que, apesar dos desafios, sua presença faz a diferença na vida daqueles que juraram proteger e cuidar. E é com esse propósito que eles seguem, dia após dia, na fronteira do cuidado.