

Abordagem Centrada na Pessoa – Atuação do Enfermeiro

José Mauro Ceratti Lopes - Médico de Família e Comunidade (PRMFC – GHC, 1983). Especialista em Medicina de Família e Comunidade (AMB/SBMFC, 2002). Preceptor PRMFC – SSC do Grupo Hospitalar Conceição (1982 - atual). Mestre em Educação (UFRGS/2005). Professor Saúde Coletiva Universidade Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Aline Iara de Sousa- enfermeira, Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Preceptora do PET-SAÚDE da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Tutora do PROVAB_UNASUS/UFCSPA. Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família do Hospital Moinhos de Vento.

Ariovaldo (49 anos), aposentado, após acidente por arma de fogo, casado com Marilda, tem quatro filhos e está acamado desde a data do acidente que deixou Santa Fé perplexa, recebe a agente comunitária Josefa, no seu domicílio, para agendar uma visita domiciliar do enfermeiro Júlio, da Unidade de Saúde Velha Guabiroba. Ao agendar a data da visita pergunta “- Como é o enfermeiro? O que ele pode fazer por mim?”

Tarefa:

Antes de seguir a leitura, descreva seu processo de visita domiciliar. Seja o mais detalhista possível, relatando desde o momento em que chega ao domicílio da pessoa a ser atendida, como a cumprimenta, como inicia a abordagem, que perguntas realiza; enfim forneça detalhes do início ao final do seu atendimento.

Introdução

A enfermagem, ainda que complementada por outros saberes e que estabeleça relações com outras competências profissionais, pode ser considerada como a ciência do cuidado. Esse cuidado, na sua essência, implica tanto em assistir, como coordenar as práticas, realizadas pela equipe de enfermagem, promovendo e qualificando a saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. Nesse sentido, a ideia é que se possa realizar uma atenção qualificada, individual e voltada às necessidades particulares de cada pessoa, família ou comunidade que receba esse cuidado.

O cuidado de enfermagem é uma prática que deve ser realizada, através da atuação profissional, pautada pelo estímulo à participação efetiva, tanto do cuidador como de quem recebe esse cuidado. É importante, neste sentido, que a autonomia e a responsabilidade dos usuários sejam estimuladas e realizadas, como uma

possibilidade não apenas de participação passiva, mas de decisão conjunta de prioridades e metas de cuidado estabelecidas.

Neste cenário, o papel competente do enfermeiro, quer seja nas unidades de saúde, quer seja na atenção prestada no domicílio, tem se destacado no desenvolvimento de uma Atenção Primária à Saúde efetiva. Cabe a este profissional, atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, bem como em equipe e, de acordo com a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando o ser humano como um ator social importante no seu processo saúde-doença.

Dessa maneira, mesmo diante de um avanço tecnológico significativo, uma melhora na abordagem às pessoas, estabelecido através de uma relação de competência e cuidado, se faz fundamental.

Acrescido a isto, nos últimos anos com o desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde, os diferentes núcleos profissionais passaram a sentir necessidade de adaptar-se e incorporar novas tecnologias à sua prática diária.

ALTERAÇÕES NA SAÚDE QUE AFETARAM A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PESSOA NOS ÚLTIMOS 50 ANOS	MUDANÇAS SOCIAIS QUE AFETARAM A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PESSOA NOS ÚLTIMOS 50 ANOS
1- Doenças crônicas se tornam a maior causa de procura por atendimento e morte; 2- Acesso à saúde se torna um direito; 3- Revolução terapêutica e tecnológica; 4- Aumento dos custos com o atendimento e cuidados a saúde; 5- Mudanças na organização e financiamento do sistema de saúde; 6- Mudanças na avaliação do desempenho: baseada na evidência, processos e desempenhos; 7- Surgimento do movimento bioético; 8- Mudanças na relação profissionais da saúde-pessoas: importância da autonomia! 9- Mudanças no currículo das escolas médicas e da saúde; 10- Pessoas melhor informadas: meio de comunicação de massa e INTERNET.	1- Organizações de grupos de minorias; 2- Mudanças na organização e financiamento do sistema de saúde; 3- Democratização das informações e do uso de computadores: INTERNET! 4- Pressões legais; 5- Aumento da distância entre ricos e pobres: “pobres cada vez mais pobres e ricos cada vez mais ricos”.

Neste artigo, vamos trazer a abordagem centrada na pessoa como uma ferramenta de sistematização dos diversos aspectos necessários para dar conta destas dificuldades e garantir que as pessoas tenham o melhor cuidado e possam exercer sua autonomia de forma parceira com os profissionais de saúde enfermeiros.

Cabe ressaltar, que embora a abordagem centrada na pessoa tenha sido desenvolvida inicialmente voltada à prática médica, sua utilização por outras profissões da saúde, com as devidas adaptações ao processo de prestação do cuidado de cada uma delas, tem sido desenvolvida com sucesso.

A história da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

Embora o termo *centrado na pessoa* tenha surgido por volta de 1890, como parte de movimento denominado “o paciente como pessoa”⁴ foi Michel Balint, psiquiatra inglês, que cunhou o termo “medicina centrada no paciente” (1970) para contrastar com “medicina centrada na doença”, com diversos autores contribuindo desde então para construção deste conceito de abordagem⁴.

O departamento de medicina de família da universidade de Western Ontário, Canadá, iniciou um trabalho sobre a relação médico-paciente com a chegada do Dr. Ian McWhinney, em 1968. Seu trabalho, esclarecendo a verdadeira razão de a pessoa procurar o médico, foi o estágio inicial para explorar a amplitude de todos os problemas das pessoas, sejam físicos, sociais ou psicológicos, e aprofundou o significado de sua representação. Moira Stewart, aluna de McWhinney, foi guiada por esses objetivos e focou seus estudos na relação médico-paciente⁷.

Em 1981-1982, o Dr. Joseph Levenstein chegou ao Canadá como professor visitante de medicina de família, vindo da África do Sul, para estimular o grupo de Toronto e compartilhar seu método clínico centrado no paciente.

A história do método teve início quando o Dr. Levenstein, num dia típico de trabalho em seu consultório na África do Sul, atendendo 30 pessoas com uma variedade de problemas, foi desafiado pela pergunta de uma estudante de medicina: “*Como o senhor sabe o que fazer com cada uma das pessoas atendidas?*”

A pergunta da aluna foi motivada devido a abordagem do Dr. Levenstein ser diferente do que havia observado até então no hospital, de modo que ela não conseguia reconhecer nenhum padrão na técnica que ele usava. Ele explicou que o que fazia era baseado no conhecimento prévio de cada pessoa, em saber a frequência das diferentes doenças na comunidade e no valor que ele colocava:

- na continuidade;
- no cuidado abrangente;
- na prevenção;
- e na relação médico-pessoa.

O Dr. Levenstein imediatamente percebeu a sensação de frustração da estudante – sua resposta não ajudou a aluna a entender seu método. Decidiu, então, gravar em vídeo os atendimentos no consultório e analisá-los. Ao final, ele revisou cerca de 1.000 gravações de atendimentos e concluiu que sua abordagem combinava uma abordagem tradicional com perguntas aberto - fechadas, sobretudo o que a pessoa

desejasse tratar. Encontrou, nas gravações, intervenções efetivas e não-efetivas. Identificou que as consultas nas quais percebeu as queixas e expectativas sobre a visita se desenvolveram bem, mas quando ele esqueceu ou não percebeu as “dicas” da pessoa sobre “sua agenda”, ou seja, quais as verdadeiras razões ou objetivos pelos quais a pessoa vai à consulta, a mesma foi menos efetiva. Estava ali alguma coisa que poderia ser ensinada⁷.

Levenstein ensinou o modelo em forma de curso e colaborou em pesquisas para medir o impacto do método no cuidado das pessoas e no ensino médico. O método foi utilizado e apresentado desde então em numerosos seminários em diversos países do mundo. O feedback dos participantes tem sido considerado para o aperfeiçoamento do método⁴.

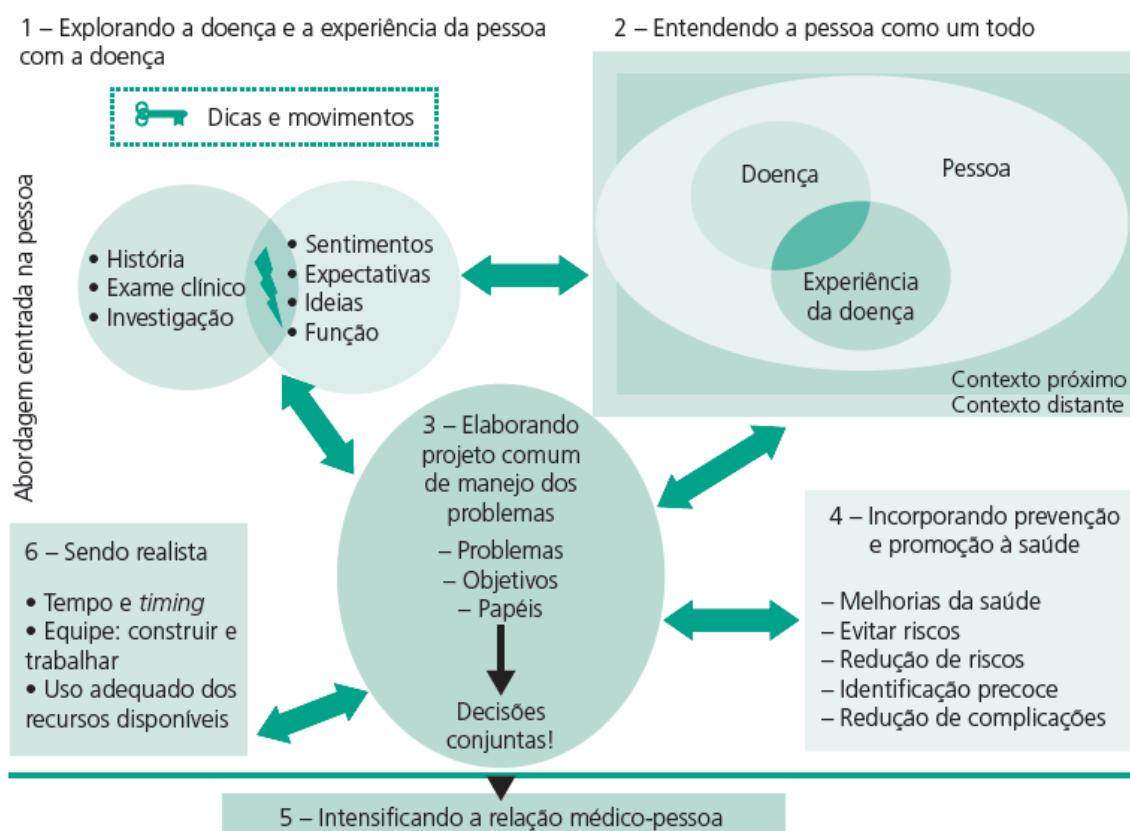
Desenvolvido inicialmente voltado à prática médica, este modelo de abordagem passou a ser incorporado por outras profissões da saúde, principalmente as que atuam em equipe multidisciplinar na Atenção Primária, em uma troca de saberes e homogeneização de práticas. No Brasil, tem recebido a denominação de Abordagem Centrada na Pessoa. Certamente, a implementação da ACP, tem que ser construída adaptada ao processo de consulta de cada uma das profissões da saúde para ser desenvolvida adequadamente, mas seus conceitos podem desde já estar presentes mesmo como pano de fundo na prática diária, inclusive para auxiliar nesta construção. O autor sugere que o profissional realize o exercício de descrever seu processo de consulta atual, e depois utilizando o conhecimento adquirido reformule-o, à luz da ACP.

O método clínico de abordagem centrado na pessoa tem seis componentes que são apresentados de forma separada, mas na verdade estão estreitamente interligados (Quadro 2).

1. Explorar a doença e a experiência da pessoa em estar doente.
2. Entender a pessoa como um todo, por inteira.
3. Elaborar um projeto comum para manejar os problemas.
4. Incorporar prevenção e promoção da saúde na prática diária.
5. Intensificar a relação profissional-pessoa.
6. Ser realista.

O profissional ao utilizá-lo deve desenvolver habilidade para implementar um “ir –e- vir”, movendo-se com empenho para frente e para trás entre os seis componentes, orientado pelas “deixas” ou “dicas” da pessoa atendida. Essa técnica “de *ir-e-vir*” é o conceito chave para utilizar e ensinar a abordagem centrada na pessoa (ACP), e requer prática e experiência.

Quadro 2 – Diagrama com os Componentes da Abordagem Centrada na Pessoa e suas inter-relações¹. Gusso e Lopes, Artmed, 2012.



1º Componente

Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença

Enfermeiro Júlio chegando à casa do Sr. Ariovaldo é recebido pela sua esposa – Dona Marilda. Solicita a ela que relate suas preocupações e observações a respeito da situação, e que depois o deixe a sós com o Sr. Ariovaldo.

Enfermeiro Júlio: “- Senhor Ariovaldo!... **Bom dia... sou o enfermeiro Júlio**”.

Enfermeiro Júlio entra no quarto de Seu Ariovaldo e cumprimenta-o. Sr. Ariovaldo convida-o para sentar na cadeira em frente a sua.

Enfermeiro Júlio: “- **Senhor Ariovaldo o objetivo desta visita é realizar uma avaliação do seu estado de saúde, gostaria de primeiramente ouvir o que sua esposa tem a relatar e que depois ficássemos um pouco a sós. Pode ser assim ou tem outra sugestão?**”

Sr Ariovaldo concorda, assentindo com a cabeça, e Dona Marilda faz seu relato e depois se retira.

Enfermeiro Júlio: “- Senhor Ariovaldo, primeiramente gostaria de saber como eu posso ajuda-lo?”

Enfermeiro Júlio faz uma pergunta aberta, e houve Senhor Ariovaldo por poucos minutos sem interromper.

Senhor Ariovaldo: “- Bem, Enfermeiro Júlio a situação não está muito fácil. Eu não gosto de depender de ninguém, mas dizem que tem que ser feitos estes curativos, pois eu tenho uma ferida grande na minha nádega. Mas eu sozinho não posso fazer nada, pois não consigo me movimentar sem ajuda... Sabe enfermeiro, nunca tive muito cuidado comigo, nem lembro qual foi a última vez que tinha ido no posto para consultar...Era a minha esposa quem fazia tudo até agora, mas inclusive ela estava reclamando, pois diz que está muito pesada a rotina, cuidar da casa e de mim...Então, sabe como é... veio essa senhora, a Nice, para ajudar...Mas, eu acho que devo deixar tudo assim...pois do jeito que estou, não vou muito longe mesmo e depois, só dou trabalho para todo mundo e de mais a mais, não gosto muito de depender de estranhos...e depois, pensando bem, será que um dia vai fechar esta ferida?

O primeiro componente envolve o entendimento pelo profissional de dois conceitos de saúde-doença com as pessoas: *disease* e *illness*. Esses conceitos são fundamentais para definição do locus da atenção dispensada à pessoa acometida por uma patologia. Adotamos a interpretação que considera *disease* igual a **doença**, e *illness* como **experiência com a doença**. Para prestar um cuidado significativo devemos abordar tanto os problemas de saúde que acometem a pessoa naquele momento como a experiência daquela pessoa com esses problemas e outras experiências anteriores de cuidado à saúde. Os métodos tradicionais de abordagem identificam a doença, mas falham na busca do entendimento da *experiência com a doença*, a qual requer uma abordagem adicional, identificando as quatro principais dimensões da experiência da pessoa com a doença⁷:

a) as idéias da pessoa sobre o que está errado com ela;

...eu sozinho não posso fazer nada, pois não consigo me movimentar sem ajuda... Sabe enfermeiro, nunca tive muito cuidado comigo,

b) os sentimentos da pessoa, principalmente medos sobre estar doente;

... pois do jeito que estou, não vou muito longe mesmo e depois, só dou trabalho...

c) o impacto dos problemas de saúde na ocupação, tarefas ou relacionamentos;

Era a minha esposa quem fazia tudo até agora, mas inclusive ela estava reclamando, pois diz que está muito pesada a rotina, cuidar da casa e de mim...Então, sabe como é... veio essa moça, a Nice, para ajudar.

d) as expectativas da pessoa sobre o que deve ser feito.

e) ...e depois, pensando bem, será que um dia vai fechar esta ferida?

Essencial para obter sucesso (a chave no diagrama) nesta abordagem é prestar atenção em “dicas” da pessoa relacionadas com estes aspectos; e o objetivo é seguir a condução que a pessoa atendida proporciona para entender a experiência do *seu ponto de vista*, o que requer habilidade do profissional em entrevistar, obtendo informações que o capacitem a conhecer o contexto que a pessoa traz. O “comentário da maçaneta” é exemplo de que isso não foi alcançado no decorrer da consulta, identificado quando, ao final da consulta, a pessoa diz algo como: *“Ah! Tem mais uma coisa que eu ia esquecendo:...”,* significando que o profissional perdeu as dicas iniciais ou que ela finalmente reuniu coragem para falar de um assunto difícil antes que fosse tarde. As dicas podem ser *verbais* ou *não verbais* e podem ser representados por expressões, emoções, sentimentos, gestos para entender ou explicar sintomas, dicas que enfatizam preocupações particulares da pessoa, histórias pessoais que relacionam a pessoa com condições médicas ou de risco, comportamento sugestivo de preocupações não resolvidas ou expectativas.

Algumas pessoas com um problema assintomático não se sentem doentes e não aceitam ajuda ou não seguem o tratamento, como por exemplo, na hipertensão arterial. Por outro lado, há pessoas que, preocupadas com a possibilidade de ter algum problema, podem se sentir doentes sem ter doença alguma e buscam realizar exames ou mesmo tratamentos. Em função desses dois aspectos, pessoas e profissionais da saúde que reconhecem essas situações, que conseguem ver a diferença e perceber o quanto isso é comum, estão menos propensos a buscar desnecessariamente por uma doença, realizar prevenção em excesso ou tratar pré-doenças (dissease mongering). Embora presente, uma doença pode não explicar de

modo adequado o sofrimento que traz, uma vez que a quantidade de aflição que a pessoa experimenta refere-se não só às repercussões orgânicas, mas principalmente ao significado pessoal da experiência da doença. Então, o profissional deve obter de quem está doente a resposta para estas perguntas:

- *O que está preocupando mais você?*
- *Quanto o que você está sentindo afeta sua vida?*
- *O que você pensa sobre isso?*
- *Quanto você acredita que eu posso ajudar?*

A partir das respostas às perguntas anteriores, evitaremos as interações típicas centradas na doença, atendendo a “voz da ciência”, em geral não ouvindo a pessoa sobre suas próprias tentativas de dar sentido ao seu sofrimento. É necessária uma abordagem que dê prioridade para a pessoa poder expor seu modo de vida como base para entender, diagnosticar e tratar os problemas.

Uma abordagem pode ter um bom início com perguntas abertas, tais como:

- *Em que posso lhe ajudar?*
- *O que trouxe você aqui hoje?*
- *O que motivou esta solicitação de visita domiciliar?*

Enfermeiro Júlio: “- Senhor Ariovaldo, o que mais pode me informar sobre seu estado de saúde?

Senhor Ariovaldo: “- Tenho pressão alta, mas, está controlada, tomo os remédios certinhos, pois a Marilda me traz sempre... Fiquei sem poder caminhar também, desde que fui baleado naquele assalto das joias, o senhor sabe....e agora tenho que usar essa sonda, de vez em quando, para urinar ah, e ainda tenho essa ferida grande nas costas que incomoda muito...”

Partindo de uma pergunta aberta, e deixando a pessoa falar sem interrupções por cerca de dois minutos obtêm-se a quase totalidade das informações necessárias para manejar o problema que a trouxe para consultar. Depois, pode-se complementar as informações com as perguntas objetivas que forem necessárias, sem deixar de se abordar as quatro dimensões da *experiência com a doença*, já comentados anteriormente. Em geral, os profissionais interrompem precocemente as pessoas, o que representa uma falha no “ir e vir”.

Enfermeiro Júlio: “- Certo, então posso examiná-lo agora?”

Enfermeiro Júlio auxilia o senhor Ariovaldo a mudar a posição e constata a presença de uma úlcera de pressão na região sacra de mais ou menos uns 10 cm, sem exsudato purulento, mas com presença de tecido necrótico e esfacelo. Realiza curativo no local, de acordo com o protocolo de feridas.

Ao explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença não devemos deixar de lado a realização qualificada de aspectos fundamentais (anamnese e exame clínico) para chegar ao diagnóstico, prescrever medicamentos e requisitar exames, de acordo com a competência de núcleo profissional e protocolos adotados pelos serviços, mas simultaneamente devemos levar em consideração também como a doença está afetando aquela pessoa em particular e, a partir disso construir um atendimento integrado.

**2º Componente –
Entendendo a Pessoa como um todo - inteira.**

Ao final do exame e após realizar o curativo, o enfermeiro Júlio revisa o prontuário e conversa com o senhor Ariovaldo, buscando mais algumas informações sobre ele, tais como as dificuldades com a ferida e com a realização da sondagem. Identifica ainda que o casal tem quatro filhos, mas mora apenas com a filha Hebe. Ariovaldo sofreu lesão medular por arma de fogo, ficando paraplégico. Realiza sondagem vesical de alívio por resíduo. Desde o retorno ao domicílio apresenta-se calado, triste, sem conversar, limita-se a responder. A esposa refere que Ariovaldo perde o sono facilmente no meio da noite e não consegue tornar a dormir. Não tem motivação para realizar movimentos recomendados pelo fisioterapeuta. Não quer sair de casa. Demonstra desafeição ao cuidador. Irrita-se facilmente, e por vezes é agressivo com a esposa e filhos. Antes do acidente realizava tratamento para Hipertensão arterial sistêmica (HAS) com hidroclorotiazida 25mg.

O segundo componente é representado pela busca de um entendimento integrado da pessoa inteira, resultando das informações que ao longo do tempo o profissional acumula sobre aqueles que atende, significando que vai além de identificar e acompanhar doenças ou assistir resposta às doenças.

O conhecimento da pessoa deve incluir: a família, trabalho, crenças, e vivências nas várias etapas que compõe o ciclo vital individual e familiar.

Um profissional que entende a pessoa inteira pode reconhecer o impacto da família em melhorar, agravar ou mesmo causar doenças em seus membros. Tem entendimento de que doenças graves em um membro da família reverberam por todo sistema familiar, e que as crenças culturais e atitudes da pessoa também influenciam em seu cuidado.

O uso deste componente pode ajudar a aumentar a interação com a pessoa em períodos específicos do ciclo de vida, ajudando a entender sinais e sintomas pouco definidos, ou quando há reação exagerada e fora de contexto. Para conhecer a pessoa inteira, é necessário compreender o desenvolvimento individual, saber o que é um desenvolvimento saudável e saber, também, que a formação da personalidade surge como resultado do modo como cada fase do desenvolvimento acontece. É fundamental, ainda, ter consciência de que as fases do desenvolvimento afetam a vida das pessoas. Para isso, é preciso saber a posição em que a pessoa se encontra no ciclo de vida, as tarefas que ela assume e o(s) papel(is) que desempenha.

A pessoa estar doente é apenas uma dimensão dos papéis que ela ocupa ao longo da vida, portanto é um recurso reduzido para entender a experiência da doença e o sofrimento. Portanto, entender a pessoa como um todo, pode aprofundar o conhecimento do profissional, especialmente do sofrimento e resposta da pessoa ao adoecer, e isto influencia o cuidado que a pessoa busca e também aquele que presta o cuidado.

Não devemos esquecer que uma fonte importante de informações para abordagem familiar é a utilização de outras pessoas da família, pois cerca de um terço das pessoas vai acompanhada às consultas, ou está com algum cuidador no seu domicílio. Isto é especialmente importante nas situações que envolvem doença mental, doenças crônicas e sintomas inexplicáveis. O acompanhante não deve ser visto como um “dificultador”, cabendo ao profissional desenvolver habilidades para utiliza-lo ou dispensá-lo, se assim for mais conveniente.

Para entender a pessoa como um todo, devemos obter respostas para perguntas como¹:

- *Que tipos de doenças existem na família?*
- *Em que ponto do ciclo vital familiar está a família?*
- *Em que ponto do desenvolvimento individual está a pessoa?*
- *Quais as tarefas da família e da pessoa nesta etapa do ciclo de vida?*
- *Existem pendências das etapas anteriores?*
- *Como a doença afeta as tarefas dos integrantes da família?*
- *Como a família experienciou doenças anteriormente?*

A elaboração do **genograma familiar** como instrumento de conhecimento, interpretação e intervenção é fundamental. O contexto pode ser dividido em próximo (envolvendo família, previdência, educação, emprego, lazer e apoio social) ou distante (envolve comunidade, cultura, situação econômica, sistema de saúde e geografia).

Com um entendimento da pessoa como um todo, temos possibilidades de romper com a abordagem tradicional, partindo para uma visão ampla dos problemas de saúde, na qual o importante é entender os múltiplos fatores relacionados ao adoecer, e suas relações com a experiência da doença, fazendo o diagnóstico da pessoa e instituindo uma abordagem terapêutica multifatorial e interdisciplinar.

3º Componente –

Elaborando um projeto comum ao profissional e à pessoa para manejar os problemas

Enfermeiro Júlio: “- Bem Senhor Ariovaldo, temos muitos problemas para resolver, pois no seu exame identifiquei como principais os seguintes: o senhor tem uma ferida grande nas costas, que o incomoda. Além disso, o senhor não quer sair do seu quarto e nem movimentar-se no leito, pois precisa de auxílio. O senhor precisa fazer sondagem de alívio, mas sente-se constrangido, pois não gosta da sua cuidadora e, além disso, está muito preocupado com a sua esposa, pois como me disse, ela está tendo que cuidar de tudo sozinha, sem a ajuda que o senhor sempre lhe dava. Acha que é isso ou esqueci algo?”.

Senhor Ariovaldo: “- a dificuldade para evacuar...não consigo quase...”.

Enfermeiro Júlio: “- Claro... a dificuldade de evacuar... Não identifiquei mas, vamos ver também. É isso? Mais alguma coisa?”.

O terceiro componente da abordagem centrada na pessoa é representado pela responsabilidade da pessoa e profissional encontrarem um projeto comum para tratar dos problemas. Desenvolver um plano efetivo de manejo requer de ambos buscar concordância em três áreas principais^{1, 7}:

- a) A natureza dos problemas e estabelecimento das prioridades;
- b) Definição dos objetivos do tratamento;
- c) Caracterização dos papéis do profissional e da pessoa.

A natureza dos problemas e estabelecimento das prioridades:

Enfermeiro Júlio: “- Senhor Ariovaldo, dentro do plano de tratamento será importante a sua participação. Temos que trabalhar em conjunto para obter sucesso. Neste momento a prioridade é fazermos os curativos na úlcera e a realização na sua mobilização no leito. Realizarmos também as sondagens vesicais de forma adequada, que foram prescritas pela Dra. Ivana e depois vamos tentar organizar melhor a sua relação com a cuidadora. Também será importante, posteriormente, o senhor começar a sair do leito, pois isso irá ajudá-lo na cicatrização da ferida e também na sua dificuldade para evacuar”.

Senhor Ariovaldo: “- A minha situação, não está fácil, , mas o interesse é todo meu... Pode dizer o que preciso fazer que vou me empenhar...”.

Geralmente, os profissionais e as pessoas doentes têm pontos de vista divergentes em cada uma destas áreas. A busca de uma solução satisfatória está mais para um movimento em direção a conciliar opiniões ou achar terreno comum para incorporar ideias, sentimentos, expectativas e ocupação da pessoa ao planejar o manejo da situação. O processo de trabalho conjunto deve responder as seguintes questões:

- *Qual vai ser o envolvimento da pessoa no plano terapêutico?*
- *Quão realista é o plano no que se refere à percepção da pessoa de sua doença e qual a experiência com sua doença?*
- *Quais são os desejos da pessoa e sua disposição para lidar com o problema?*
- *Como cada parte define seus papéis na interação profissional-paciente?*

Em geral, os profissionais falham nessa busca de um plano de intervenção conjunto, e esse aspecto da abordagem centrada na pessoa é essencial para evitar mal-entendidos sobre medicamentos e redução de exames; encaminhamentos, e promoção da aderência ao tratamento.

É crucial, num primeiro passo, definir, identificar e construir uma lista de problemas² a serem manejados, através de um diagnóstico ou da “tranquilização” quanto à situação vivenciada, pois ter entendimento ou explicação sobre sintomas físicos ou emocionais preocupantes é uma necessidade humana fundamental. Dar uma denominação (nome, rótulo, designação) para o problema que a pessoa está enfrentando é importante, pois:

- Ajuda a pessoa entender a causa;
- Fornece uma ideia do que esperar em termos de evolução do problema;
- Permite dar informações sobre o prognóstico.

As pessoas costumam formular uma hipótese sobre o que tem antes de apresentarem-se à consulta. Constroem um modelo explicativo para seus sintomas ou queixas, cabendo ao profissional validar ou não. Então, é essencial explicar o problema e o manejo recomendado, de forma consistente com o ponto de vista da pessoa e de modo que faça sentido nas palavras dela. De forma que ela entenda e concorde com as recomendações, caso contrário sua participação não será efetiva e os resultados não serão alcançados.

Definição dos objetivos do tratamento

Enfermeiro Júlio: Neste momento a prioridade é fazermos os curativos na úlcera e a realização na sua mobilização no leito... e depois vamos tentar organizar melhor a sua relação com a cuidadora. Também será importante, posteriormente, o senhor começar a sair do leito.

Senhor Arioaldo: “- É acho que ainda não estou pronto para me acertar com a Nice... Já tentei umas duas vezes conversar com ela, mas...”.

Enfermeiro Júlio: “- Sei... Mas no seu caso, pelo relato esta configurada uma situação de maus tratos, e neste caso a primeira intervenção é fazer

isso parar, imediatamente. Sei que é difícil, mas vamos começar por aqui.”

As dificuldades na relação surgem quando o profissional e a pessoa têm ideias diferentes sobre o problema ou as prioridades são diferentes. Ou a pessoa exerce sua autonomia de forma negativa em relação às necessidades de cuidado.

É importante o profissional ter cuidado para determinar o momento certo de intervenção ou manejo (timing) de determinada situação. Para isso, algumas questões devem ser observadas:

- Buscar o momento adequado:
 - *“você poderia me ajudar a entender quais são as dificuldades na movimentação no leito?”*
- Encorajar a participação:
 - *“eu 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 sobre esse tratamento?”*
 - *“Muitas pessoas tem dificuldade de sair do leito, depois de um trauma.*
 - *Quanto você costuma esquecer de tomar seus remédios para a pressão?”.*
 - *“Você não está indo tão bem como eu esperava, e eu estou querendo saber se há algum problema que eu não consigo explicar?”*

A não adesão pode ser a expressão da discordância sobre os objetivos do tratamento. Quando alternativas ou opções do profissional e da pessoa para o enfrentamento da situação são igualmente efetivos, em geral não existem dilemas no processo de estabelecimento do manejo; as dificuldades surgem quando a escolha da pessoa recai sobre um tratamento que o profissional considera menos eficaz ou mesmo inadequado, ou quando ela não adere. A primeira tarefa para o profissional enfermeiro é suspeitar que uma pessoa “não adere”, quando:

- esquece suas consultas ou abandona o cuidado;

- é incapaz de falar corretamente como toma os medicamentos (ex: tem que olhar no frasco...)
- frasco com mais comprimidos que o esperado;
- a falta de resposta clínica esperada para uma intervenção terapêutica;
- nível do medicamento abaixo do esperado para a dose de medicação prescrita;
- ausência de um efeito esperado com o uso do medicamento para uma dose dada (ex: pulso rápido com uma alta dose de β -bloqueador);
- presença de situações de alcoolismo, outro abuso de substâncias ou doença psiquiátrica.

Caracterização dos papéis do profissional e da pessoa.

Pode-se dizer que costumam ocorrer problemas na definição dos papéis entre o profissional e a pessoa quando:

- A pessoa está buscando por um “expert” que lhe diga o que está errado e o que ela deve fazer; o profissional, por outro lado, deseja uma relação mais igualitária, na qual ele e a pessoa compartilhem a tomada de decisão;
- A pessoa deseja uma relação paternalista na qual o profissional faça por ela o que os próprios pais não fizeram; o profissional, por sua vez, deseja ser um cientista que possa aplicar as descobertas da ciência moderna aos problemas das pessoas;
- A pessoa busca apenas assistência técnica do profissional; este, entretanto, aprecia uma abordagem holística e deseja conhecer a pessoa como um todo.

Ao praticar uma abordagem centrada na pessoa, o profissional deve ser flexível com relação à abordagem que a pessoa busca ou da qual ela necessita, observando aspectos culturais, o tipo de problema e o perfil da pessoa. A participação da pessoa na tomada de decisão irá variar, dependendo de suas capacidades emocionais e físicas, e o profissional deve adaptar-se.

O trabalho em equipe é outro aspecto importante a ser considerado, pois quando a pessoa está recebendo cuidado de múltiplos profissionais de saúde, ela pode

assumir diferentes papéis e relacionamentos também diferentes com cada um desses profissionais.

Decisões conjuntas -

O processo de estabelecer o projeto ou manejo consensual envolve estratégias, tais como o enfermeiro definir e descrever o problema:

- ***“Você tem uma úlcera de pressão que está com exsudato purulento na região sacra...”***
- ***“Provavelmente, a sua úlcera está..., e o que nós vamos necessitar fazer é...”***,

Proporcionando espaço para a pessoa participar, fazendo perguntas tais como: *“O que você pensa sobre isto?”*.

Ao final, o profissional deve sumarizar, para confirmar o entendimento, o plano e os papéis.

Quando as divergências são grandes, pode-se utilizar uma grade, como exemplificado no Quadro 7, e preenchê-la conjuntamente, pois essa visualização permite um trabalho melhor na busca de solução para o problema.

Quadro 7 - GRADE PARA DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS (4)

Tema	Pessoa	Profissional
Problemas		
Objetivos		
Regras		

4º Componente –

Incorporando a prevenção e promoção da saúde na prática diária

Enfermeiro Júlio vai novamente à casa do Senhor Ariovaldo...

Enfermeiro Júlio: *“ Senhor Ariovaldo, tudo bem? Vim visita-lo. Como eu posso ajudá-lo hoje?”*.

Senhor Ariovaldo: *“- Bem, enfermeiro, eu tenho seguido as nossas combinações para o tratamento. Espero que esteja melhor... Estou fazendo tudo caprichado”*.

Enfermeiro Júlio: “- Ótimo... Hoje quero aproveitar também para conferir alguns aspectos da sua alimentação e seus hábitos...”

Implementar o quarto componente da abordagem centrada na pessoa significa incorporar prevenção e promoção da saúde no dia-a-dia da prática clínica. A prevenção da doença requer um esforço colaborativo por parte da pessoa e do profissional, devendo ser uma constante importante de cada contato ou consulta.

Aplicar o método clínico centrado na pessoa está de acordo com a definição de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que através da Carta de Ottawa (1986) o considera “como o processo de capacitar pessoas para controlar e melhorar sua saúde” A incorporação de prevenção e promoção da saúde tem como objetivos principais:

- melhorar a saúde;
- reduzir riscos;
- detectar precocemente a doença;
- diminuir os efeitos da doença;
- evitar intervenções e procedimentos desnecessários ou de risco.

A prevenção e promoção da saúde requerem continuidade e cuidado abrangente como a filosofia por trás da prática. É necessário utilizar protocolos para prevenção e promoção apoiados por um sistema de registro eficaz, fundamentados na literatura médica; saber delegar atividades à equipe; utilizar recursos da rede de assistência familiar e comunitária e, principalmente, desenvolver um esforço colaborativo por parte do profissional e da pessoa para que cada visita seja uma oportunidade de prevenção e promoção da saúde.

Enfermeiro Júlio: “- Como andam seus pensamentos com relação a adotar uma alimentação mais saudável?”.

5º Componente - Intensificando a relação profissional-pessoa

Enfermeiro Júlio realiza nova visita domiciliar para o senhor Ariovaldo...

Enfermeiro Júlio: “- Senhor Ariovaldo, tudo bem?! Como posso ajudá-lo hoje?”

Silêncio. Olhando para o chão, **Senhor Ariovaldo** responde: “- Estou seguindo as suas orientações, enfermeiro”.

Enfermeiro Júlio: “- *É impressão minha ou o senhor está chateado hoje?*”.

Senhor Ariovaldo: “- Ahhh enfermeiro Júlio, hoje quase cancelei a sua visita... (Chora) Minha mulher anda reclamando muito de mim por que eu não gosto da Nice e isto está me causando problemas... Até dei uma relaxada nas nossas combinações”.

Enfermeiro Júlio: “- *Fale mais sobre isso e vamos ver como consigo ajuda-lo... Quem sabe deixamos o procedimento para a próxima consulta...*”.

Senhor Ariovaldo: “- Pode ser. Eu não gosto muito da Nice...ela não faz nada direito... grita comigo... é ríspida... e depois eu sinto falta de sair para trabalhar...e de não depender de ninguém”. E Senhor Ariovaldo relata ao Enfermeiro Júlio suas dificuldades...

Enfermeiro Júlio: “- *Bem, acho que é importante conseguirmos ajuda. Vou ver com a Dra. Ivana se podemos conversar juntos sobre isso...Talvez seja importante pensarmos em algo novo para o seu tratamento... Aguarde um momento*”.

Na abordagem centrada na pessoa quando os profissionais veem a mesma pessoa, ao longo do tempo, com uma variedade de problemas, eles adquirem um considerável conhecimento sobre ela e seu histórico. Tal conhecimento pode ser útil no manejo de problemas futuros.

Muito embora cada visita possa se revelar uma surpresa, com apresentação de motivos ou queixas não esperados. Este é um dos desafios da abordagem centrada na pessoa. A cada visita, no contexto da continuidade do cuidado, os profissionais esforçam-se para construir um relacionamento com cada pessoa como base para um trabalho conjunto e para explorar o potencial curativo da relação profissional-pessoa.

O profissional deve reconhecer que diferentes pessoas requerem diferentes abordagens, as quais variam de acordo com idade, gênero, problema, estado emocional, etc. Ele deve agir em uma variedade de modos para alcançar as diferentes necessidades de quem busca ajuda, “*caminhando com*” a pessoa e

tratando de mobilizar as forças da pessoa com propósitos curativos. Para tanto, o profissional deve ter conhecimento sobre:

- Quais são as características do relacionamento terapêutico;
- Como compartilhar o poder;
- Como estabelecer um relacionamento saudável e interessado;
- Desenvolver o autoconhecimento;
- Reconhecer e utilizar a transferência e contra-transferência.

6º Componente - Sendo realista.

Enfermeiro Júlio visita senhor Ariovaldo...

Enfermeiro Júlio: Tudo bem, senhor Ariovaldo, vim visitá-lo com a dra Ivana para que dar seguimento ao seu acompanhamento”.

Senhor Ariovaldo: “- *Eu quero continuar o nosso tratamento e gostaria de conversar um pouco mais sobre meus problemas com a Marilda*”.

Enfermeiro Júlio: “- *Hoje estou atrasado, tive um caso mais complicado para atender e demorei mais do que pretendia. Se importaria de conversar hoje com a Dra. Ivana? Ela veio comigo e está bem a par das nossas conversas*”.

Enfermeiro Júlio: “- *Sem problemas enfermeiro Júlio, vi que a situação está agitada hoje e de mais a mais conheço bem a doutora*”.

O sexto componente da abordagem centrada na pessoa possibilita ao profissional usar tempo e energia de forma eficiente, não tendo expectativas além das possibilidades. Para isso, ele deve desenvolver habilidades de definição de prioridades, alocação otimizada de recursos e utilização e construção do trabalho em equipe. Os profissionais da atenção primária à saúde são os prestadores do primeiro cuidado na entrada das pessoas no sistema de saúde oficial e, como tais, devem ser administradores informados dos recursos da comunidade e respeitar seus próprios limites de energia física e emocional, não esperando demais de si mesmo.

Conclusão

A sociedade moderna vive uma crise de conciliação entre o desenvolvimento científico e a humanização no cuidado à saúde, com um abalo na confiança nos profissionais, em função de danos provocados por remédios ou tratamentos que deveriam curar, da realização de cirurgias e de exames caros e desnecessários e, muitas vezes, do tratamento rude dispensado às pessoas. A implementação de um método de abordagem centrado na pessoa e que privilegie a sua autonomia na busca de um cuidado significativo passa por fazer uma intervenção importante na consulta de enfermagem e permite ao enfermeiro uma visão integral e voltada às necessidades particulares de cada indivíduo atendido.

Na maioria das vezes, o motivo apresentado pela pessoa leva a um diagnóstico de enfermagem óbvio, sendo de alta importância, portanto, conhecer e entender as razões que a levaram a consultar e suas relações na causa ou agravamento da doença. Isso somente será alcançado se olharmos quem busca ajuda de diversos ângulos, fazendo um abordagem centrada nas suas necessidades. Apesar de parecer simples e óbvio, esse é o desafio, e é essencial para que possamos realizar uma intervenção terapêutica multifatorial e interdisciplinar.

Deve se considerar também que envolver pessoas em decisões sobre sua saúde e cuidados de saúde é relevante para todos profissionais da área em todos os cenários. Centrar o cuidado na pessoa é crucial para um atendimento de boa qualidade, mas alcançar um verdadeiro **cuidado centrado na pessoa** através dos serviços de saúde requer a transformação dos sistemas, bem como das atitudes, existindo algumas recomendações estratégicas para a superação desse desafio:

- Envolver pessoas ou famílias nas decisões;
- Manter pessoas ou famílias informadas;
- Melhorar a comunicação com 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.

Referências

1. BACKES D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1): 223-230, 2012.
2. GUSSO, G., LOPES, José Mauro. C. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Porto Alegre : ARTMED, 2012, v.2. p.1354.
3. GUSSO, G., LOPES, José Mauro. C. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Porto Alegre : ARTMED, 2013, v1. p. CAP 13
4. LOWN, Bernard. **A arte perdida de curar**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997
5. Lopes, JMC. Abordagem Centrada na Pessoa, Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). SBMFC, ARTMED, Ciclo 2 Modulo 1, Pág. 109-144. Porto Alegre, 2007.
6. Lopes, JMC. A pessoa como centro do cuidado : a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde, Dissertação de Mestrado PPGEDU - UFRGS, 2005 disponível em <http://hdl.handle.net/10183/5873>
7. Jenkins L, Britten N, Barber N, Bradley CP, Stevenson FA. Consultations do not have to be longer. *BMJ*. 2002 Aug 17;325(7360):388.
8. EMANUEL, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. Four models of the physician-patient relationship. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, Apr. 1992

9. STEWART, Moira. Medicina centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico, Porto Alegre: ARTMED, 2010.
10. MCWHINNEY, Ian R. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
11. STEPHENSON. **A textbook of general practice**. London: Arnold, 1998
12. CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 306, p. 639-645, 1982.
13. CHIN, J. J. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 43, n. 3, p. 152-155, 2002.
14. CLARKE, G. R. et al. Physician-patient relations: no more models. **The American Journal of Bioethics**, Cambridge, v. 4, n. 2, p. W16-W19, Spring 2004.
15. HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
16. JENKINS, Linda et al. Consultations do not have to be longer. **BMJ**, London, v. 325, p. 388, 2002.
17. STEPHENSON. **A textbook of general practice**. London: Arnold, 1998.