

SISTEMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA A DISTÂNCIA

# PROMEF

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM MEDICINA  
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

ORGANIZADO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA  
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SBMFC

Diretores acadêmicos:  
Eno Dias de Castro Filho  
Maria Inez Padula Anderson

Artmed/Panamericana Editora Ltda.



PROMEF | PORTO ALEGRE | CICLO 2 | MÓDULO 1 | 2007

*Os autores têm realizado todos os esforços para localizar e indicar os detentores dos direitos de autor das fontes do material utilizado. No entanto, se alguma omissão ocorreu, terão a maior satisfação de, na primeira oportunidade, reparar as falhas ocorridas.*

*A medicina é uma ciência em permanente atualização científica. A medida que as novas pesquisas e a experiência clínica ampliam nosso conhecimento, modificações são necessárias nas modalidades terapêuticas e nos tratamentos farmacológicos. Os autores desta obra verificaram toda a informação com fontes confiáveis para assegurar-se de que esta é completa e de acordo com os padrões aceitos no momento da publicação. No entanto, em vista da*

*possibilidade de um erro humano ou de mudanças nas ciências médicas, nem os autores, nem a editora ou qualquer outra pessoa envolvida na preparação da publicação deste trabalho garantem que a totalidade da informação aqui contida seja exata ou completa e não se responsabilizam por erros ou omissões ou por resultados obtidos do uso da informação. Aconselha-se aos leitores confirmá-la com outras fontes. Por exemplo, e em particular, recomenda-se aos leitores revisar o prospecto de cada fármaco que planejam administrar para certificar-se de que a informação contida neste livro seja correta e não tenha produzido mudanças nas doses sugeridas ou nas contra-indicações da sua administração. Esta recomendação tem especial importância em relação a fármacos novos ou de pouco uso.*

*Estimado leitor*

*É proibida a duplicação ou reprodução deste Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na web e outros), sem permissão expressa da Editora.*

*Os inscritos aprovados na avaliação de Ciclo do Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade receberão Certificado de 80h/aula, outorgado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e pelo Sistema de Educação Médica Continuada a Distância (SEMCAD) da Artmed/Panamericana Editora, e créditos a serem contabilizados, pela Comissão Nacional de Acreditação (CNA), para obtenção da recertificação (Certificado de Avaliação Profissional).*

**Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**

Av. 28 de Setembro, 44 - sl 804

Vila Isabel - Rio de Janeiro, RJ

Tel/Fax: (21) 2264-5117

sbmfc@sbmfc.org.br - [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)

**SISTEMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA A DISTÂNCIA (SEMCAD®)**

**PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**Artmed/Panamericana Editora Ltda.**

Avenida Jerônimo de Ornelas, 670. Bairro Santana 90040-340 – Porto Alegre, RS – Brasil

Fone (51) 3025-2550 – Fax (51) 3025-2555

E-mail: [info@semcad.com.br](mailto:info@semcad.com.br) [consultas@semcad.com.br](mailto:consultas@semcad.com.br)

<http://www.semcad.com.br>

# ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

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)

## INTRODUÇÃO

*The good physician treats the disease  
but the great physician treats the patient  
who has the disease.  
Sir William Osler*

A preocupação de ser um médico voltado para as pessoas, interessado pelos seus problemas e prestando-lhes um **cuidado humanizado**, inicia muito antes do curso de medicina. Vem de valores familiares, de características da personalidade, de experiências de vida e de influências de modelos internalizados, a partir de pessoas, professores, livros, filmes, entre outros. Mas apenas isso não basta para desenvolver uma **abordagem centrada na pessoa**. Precisamos, também, de um método que garanta implementar essa abordagem de forma sistematizada e que se incorpore às tecnologias das relações do médico, para que de fato aconteça uma mudança de atitude.

Em geral, durante a graduação e mesmo na especialização, nenhuma disciplina trata do tema do cuidado e da relação do médico com quem está doente de forma aprofundada, construindo ou apresentando instrumentos ou metodologias a serem incorporados na bagagem tecnológica médica.<sup>1</sup> Predomina sempre uma preocupação explícita com o “saber científico” sobre a doença, seu diagnóstico e tratamentos, deixando de lado o “saber sobre a pessoa-que-busca-ajuda e sua doença”.

O ensino nas escolas médicas enfatiza uma abordagem centrada na doença e, por conseguinte, centrada no médico. De acordo com esse modelo, os médicos “acertam” ou “identificam” as queixas dos doentes e buscam informações que irão ajudá-los a interpretar a doença da pessoa com seu próprio arcabouço de referência: o conhecimento científico e os conceitos da medicina incorporados à prática.

As doenças, neste modelo de abordagem, são entidades específicas que têm uma existência separada de quem as sofre. Sinais e sintomas são catalogados, levando ao diagnóstico e à prescrição de um tratamento apropriado. Um indicador de sucesso é um diagnóstico preciso, como, por exemplo, infarto, acidente vascular cerebral (AVC), carcinoma do colo, abuso infantil, risco de suicídio ou alcoolismo. Na busca desse propósito, os médicos utilizam um método desenhado para obter informações objetivas das pessoas, onde a agenda e o modelo explicativo são definidos pelo médico.

O diagnóstico - uma vez estabelecido - pode limitar a abordagem e fazer com que o médico se desinteresse pelos aspectos que não se encaixam naquele diagnóstico em especial. Então, um diagnóstico pode funcionar como “uma profecia que realiza a si própria”, diminuindo a capacidade do médico se relacionar com o outro como uma pessoa.<sup>2</sup>

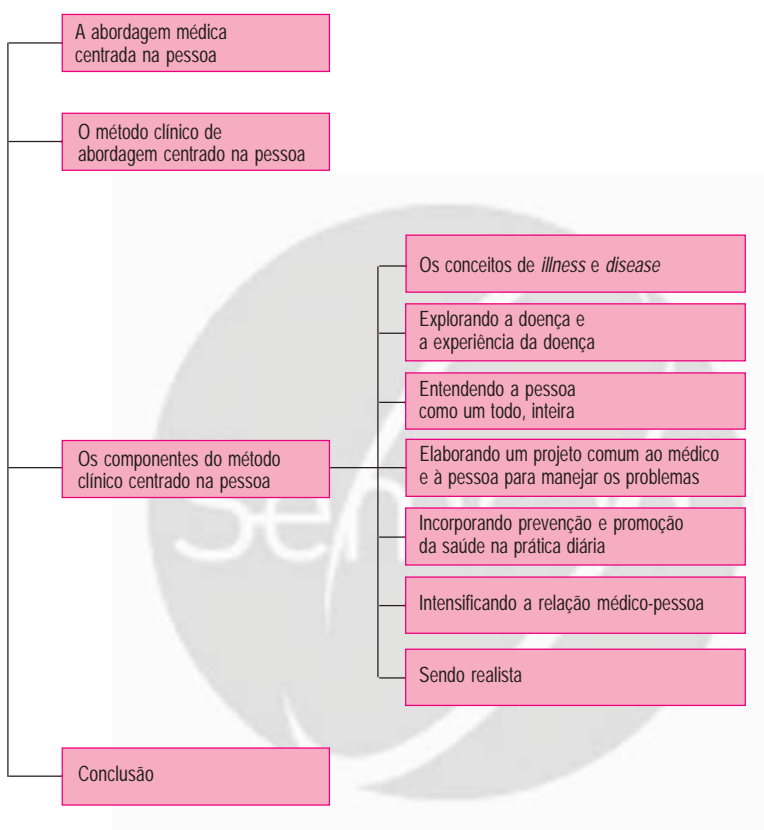


O tipo de abordagem a ser utilizado no cuidado das pessoas por parte do médico deve levar em conta aspectos culturais, pessoais e o tipo de problema ou situação que levou a pessoa a procurar auxílio. Isso significa que o modelo de abordagem deve ser adaptado a esses aspectos, mas, independentemente do modelo utilizado para cada situação, o médico e a equipe devem ter sempre como pano de fundo o **modelo centrado na pessoa**.

## OBJETIVOS

Ao final do capítulo, o leitor será capaz de:

- Diferenciar a abordagem centrada na pessoa da abordagem centrada no modelo biomédico;
- Reconhecer cada passo do método clínico que guia a abordagem centrada na pessoa;
- Identificar em qual situações estas abordagens (centrada na pessoa e centrada no médico) melhor se aplicam, decidindo pela mais adequada a partir das necessidades da pessoa;
- Utilizar-se da abordagem centrada na pessoa, estabelecendo as necessidades e o plano de cuidado com a participação ativa daquele que busca ajuda;
- Compreender e evitar as dificuldades que eventualmente possam estar presentes na condução do cuidado, através da abordagem centrada na pessoa.



## ■ CASO CLÍNICO



João Mário vem ao consultório de seu médico, acompanhado pela esposa.

Médico – Bom tarde, João Mário. Entre. Sua esposa pode aguardar na sala de espera. Se for preciso, iremos chamá-la. Sente. Você veio fazer a revisão do seu problema pulmonar?

João Mário – Isso mesmo Doutor.

Médico – Vá até a mesa de exames, para que eu possa examiná-lo, verificar sua pressão, escutar seu pulmão, coração... O médico examina João Mário e retorna à sua mesa de trabalho.

Médico – Bem, vou lhe pedir alguns exames e fazer novamente algumas recomendações...

João Mário – Doutor, eu estou com dor no peito e muita falta de ar...

Médico – Ah! Sim? Conte-me como é essa dor... É em aperto? Piora quando realiza algum esforço?

João Mário – A dor iniciou alguns dias, após a falta de ar ter piorado...é constante, em todo peito e não piora com o esforço.

Médico – Bem, provavelmente é uma dor muscular. Vou lhe receitar um antiinflamatório não-hormonal e paracetamol, e vamos ver se melhora.

João Mário: - Está bem, Doutor.

A consulta se encerra com o médico orientando retorno em 15 a 20 dias para nova revisão.



1. Descreva o que e como você faria diferente do que foi realizado: <sup>®</sup>

.....

.....

.....

.....

## ■ ABORDAGEM MÉDICA CENTRADA NA PESSOA

Vários autores têm colocado que a tarefa principal da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa. A medicina terá de encontrar as origens da doença e do sofrimento e, com esse conhecimento, desenvolver métodos para aliviar a dor, diminuir danos, reduzir o sofrimento e, ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo e da mente.<sup>3</sup>



Uma atuação centrada na pessoa é considerada fundamental para um bom desempenho de qualquer profissional da área da saúde, mas ao médico de família e comunidade (MFC) é imprescindível para as mudanças ocorridas na sociedade nos séculos XIX e XX. Soma-se às mudanças a falência dos modelos convencionais da assistência e da educação médica em dar conta das necessidades da prática diária, por serem incompletos e pouco abrangentes. Com isso, torna-se necessário utilizar uma nova abordagem para os problemas de saúde, de modo a reduzir a insatisfação das pessoas e a frustração dos profissionais, proporcionando um cuidado adequado e significativo.

Uma mudança importante é, atualmente, as pessoas desejarem mais igualdade no relacionamento com seus médicos, esperando tomar parte ativa nas decisões sobre seu cuidado de saúde. Muitas pessoas, porém, principalmente as idosas, ainda mantêm valores tradicionais e preferem uma abordagem centrada no médico, geralmente expressa por frases como “o doutor sempre sabe mais” ou “o senhor decide”. Essa posição deve ser respeitada, embora existam trabalhos<sup>4,5</sup> mostrando que uma atuação centrada na pessoa, se comparada aos modelos tradicionais, apresenta resultados mais positivos, tais como:

- aumenta a satisfação de pessoas e médicos;
- melhora a aderência aos tratamentos;
- reduz preocupações;
- reduz sintomas;
- diminui a utilização dos serviços de saúde;
- diminui queixas por má-prática;
- melhora a saúde mental;
- melhora a situação fisiológica e a recuperação de problemas recorrentes.

Outros estudos realizados<sup>6</sup> reforçam a conclusão de que, em **atenção primária à saúde**, as pessoas desejam fortemente um **cuidado centrado na pessoa**, com comunicação, parceria e promoção da saúde. Tais estudos mostram também que os médicos devem ser sensíveis e atentos a quem tem preferência pela abordagem centrada na pessoa – indivíduos mais vulneráveis psicossocialmente ou que estão se sentindo particularmente mal. Esses estudos concluem ainda que a percepção, por quem é atendido, dos componentes da abordagem centrada na pessoa pode ser medida com segurança e predizer diferentes resultados; se os médicos não proporcionam essa abordagem, a pessoa vai sentir-se menos satisfeita, menos capaz e pode ter seus problemas agravados e com altas taxas de referência.

Para ilustrar que o desejo e a necessidade de mais interação são fatos cada vez mais presentes na sociedade, citamos uma matéria publicada no jornal Zero Hora, Caderno Vida,<sup>7</sup> que teve como tema principal a participação das pessoas nas consultas. O caderno trazia um texto do médico sanitário, escritor e colunista do jornal Zero Hora (ZH), Moacir Scliar, “O novo paciente já não é tão paciente”. Neste mesmo Caderno de ZH, José Goldenberg, clínico, reumatologista, professor livre-docente da Universidade Federal de São Paulo/EPM e vice-presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, trata sobre o assunto no texto “Tecnologia x Humanização – como conciliar essa equação”. Apresenta, além de depoimentos de pessoas e um quadro intitulado “Problemas de Relacionamento”, dicas sobre como aproveitar e participar mais da consulta, abordando “que médicos e pessoas erram e o que fazer sobre isso”. No texto, Scliar escreve que “[...] existe um termo em medicina que corre o risco de se tornar obsoleto. Esse termo é paciente”. O autor discorre a partir daí sobre a realidade que exige mudanças na relação do médico com as pessoas que atende, mas mantém o termo paciente ao longo do texto (relação médico-paciente), o que, de certa forma, mostra o enraizamento do uso dessa palavra e as dificuldades para superá-lo. Goldenberg, por sua vez, ressalta a importância do vínculo e da confiança como base para um cuidado adequado.

O **médico de família e comunidade (MFC)**, para alcançar uma atuação de acordo com os princípios fundamentais que regem essa especialidade (Quadro 1), deve utilizar o **método clínico centrado no paciente (MCCP)** como modelo para garantir uma abordagem integral dos problemas de saúde das pessoas. Os princípios relacionados no Quadro 1 são considerados fundamentais, mas a partir deles, outros princípios ou objetivos podem ser desenvolvidos na prática do MFC.

Quadro 1

### OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

- O médico de família é um clínico qualificado
- A medicina de família é influenciada por fatores da comunidade
- O médico de família e equipe são recursos de uma população definida
- A relação médico-pessoa é fundamental no desempenho do MFC

Fonte: Rakei (1998)<sup>8</sup>; McWhinney (1972)<sup>9</sup>; Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade.<sup>10</sup>

Apesar de todas as reflexões e discussões sobre trabalho em equipe, o médico no Brasil continua a ocupar papel fundamental na prestação do cuidado à saúde, sendo o “recurso” mais solicitado e utilizado no “cardápio” dos serviços de saúde. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), em Porto Alegre, RS, o médico de família e comunidade é responsável por 84,6% dos atendimentos prestados,<sup>11</sup> embora estejam presentes outros profissionais da saúde nas equipes.

Mesmo com essa presença significativa, a participação médica deixa a desejar na mudança do modelo assistencial e no método de abordagem dos problemas de saúde. A maioria dos médicos continua a atuar no modelo biomédico, embora talvez desenvolvendo uma prática mais “humanizada” e “integral”, ainda que sem a profundidade e a estrutura necessárias e não utilizando a consulta, o trabalho em equipe e a rede social de forma eficaz o suficiente para ser considerada centrada na pessoa.



#### LEMBRAR

Apesar de todo o progresso, desenvolvimento tecnológico e conhecimento, o evento central da vida profissional do médico, e especialmente do médico de família, continua a ser a **consulta** e, por consequência, essa se torna o ato principal do seu processo de trabalho. Surge, então, como desafio para a medicina contemporânea integrar a medicina baseada em evidências, o atendimento centrado na pessoa e o trabalho em equipe no processo de produção de cuidado. Para que ocorra essa integração, é necessário construir um modelo que, além de incorporar esses diversos aspectos, se aproprie de elementos conceituais de outras áreas do conhecimento e proporcione efetivamente uma ruptura com o modelo tradicional.

A **abordagem centrada na pessoa** tem como referenciais teóricos principais os relacionados a seguir, os quais não aprofundaremos, mas que estão disponíveis em “A Pessoa como Centro do Cuidado”.<sup>12</sup>

- cuidado;
- pessoa;
- modelos de abordagem médica;
- tecnologia na medicina;
- processo de trabalho em saúde;
- prática médica;
- “consultagem”;
- processo de cuidar.

Buscando quebrar paradigmas e romper com o tradicional, baseado na proposta da *Ensinagem*,<sup>13</sup> o autor estabeleceu<sup>14</sup> uma relação entre professor e médico, aluno e pessoa-que-busca-ajuda, ensino e cuidado, aula e consulta, desenvolvendo e propondo, a partir dessa visão sistêmica, o (novo) termo “**consultagem**” para denominar o encontro entre médico e pessoa, o fazer consulta, como parte do processo de cuidar em saúde.



Consultagem é “uma prática social entre médico e pessoa, com troca de conhecimentos, com um contrato, baseada na parceria, na busca de construir o cuidado através de ações dentro e fora do consultório, de ambas as partes”. Nessa prática, o médico e a pessoa buscam apreender sobre os problemas de saúde, refletir sobre suas repercussões, suas relações e determinações no processo de cuidado.



2. Qual das opções a seguir melhor caracteriza os resultados de uma atuação centrada na pessoa?

- A) Reduz sintomas e melhora problemas crônicos.
- B) Melhora a saúde mental das pessoas.
- C) Aumenta aderência às intervenções propostas e a satisfação de médicos e pessoas.
- D) Todas as opções estão corretas.

*Resposta no final do capítulo*

3. Quais são os aspectos que devem ser considerados no diagnóstico, a partir da abordagem centrada na pessoa?

.....

.....

.....

.....

4. Destaque alguns resultados reconhecidamente positivos e diferentes dos apresentados pelos modelos de atendimento centrado no médico.

.....

.....

.....

.....

5. Deve-se adotar o modelo centrado na pessoa indistintamente?

.....

.....

.....

.....



6. Com relação à abordagem centrada na pessoa, é correto dizer que:

- A) depende exclusivamente das características pessoais do médico;
- B) deve ser sempre utilizada, independente de aspectos culturais, pessoais ou enfermidade de que acomete a pessoa;
- C) é intensamente trabalhada nos cursos de graduação médica;
- D) é fundamental para a atuação do médico de família e comunidade.

*Resposta no final do capítulo*

7. Comente os princípios que devem reger a medicina de família.

.....

.....

.....

.....

## ■ O MÉTODO CLÍNICO DE ABORDAGEM CENTRADO NO PACIENTE

Ao revisar a história da medicina, constata-se que a **ambivalência entre ver quem busca cuidado como pessoa ou como paciente**, entre o discurso de uma abordagem centrada na pessoa e uma prática centrada na doença ou no médico, ocorre há tempo. No livro *The Cambridge Illustrated History of Medicine*,<sup>14</sup> há um relato de que, no final do século XVIII e início do XIX, a introdução do pensamento científico e a sistematização dos mecanismos das doenças - além das práticas tradicionais pouco efetivas de lidar com a doença através de medicamentos da época (infusões e laxativos) - fizeram com que os médicos se tornassem céticos quanto à possibilidade de tratá-las com drogas. Tal ceticismo é denominado terapêutica niilista, que vem do vocábulo niilismo, significando **rejeição às crenças existentes**; no caso, rejeição a todos os tipos de tratamentos empíricos empregados na época.

A terapêutica niilista negou por completo, desacreditou os tratamentos empíricos propostos até então. Os niilistas tiveram, na segunda metade do século XIX, poder e influência na medicina acadêmica, "[...] ensinando a gerações de estudantes médicos que a real função da medicina era acumular informações científicas sobre o corpo humano, mais do que curar".<sup>14</sup> O niilismo terapêutico teve início em grandes centros médicos europeus por volta de 1840. Dietl<sup>14</sup> disse:

*"A medicina como uma ciência natural não pode ter a tarefa de inventar panacéias e descobrir cura milagrosa que enxote a morte, mas, em vez disso, deve ter de descobrir as condições sob as quais as pessoas adoecem, melhoram e perecem em um mundo dependente de uma doutrina na qual a condição humana está baseada cientificamente sobre o estudo da natureza, da física e da química."*



## LEMBRAR

O ver o paciente como pessoa não é recente. Surgiu como doutrina no ano de 1880 e estendeu-se até a Segunda Guerra Mundial, fazendo surgir o “médico de cabeceira”, em contraponto ao movimento niilista (1841) que dominava as academias médicas. A idéia é bem representada por G. Ganby Robinson<sup>15</sup> em seu livro *“The Patient as a Person – A study of the social aspects of illness”*, com a primeira edição publicada em maio de 1939, no qual ele relata estudos de casos considerando as enfermidades não só clinicamente, mas também sob seus aspectos biopsicossociais. É um trabalho interessante, no qual foram estudados 174 pacientes admitidos no Hospital John Hopkins com diversas patologias. Robinson<sup>15</sup> talvez tenha sido um dos primeiros a buscar explicitar as repercussões da doença na pessoa e na prestação do cuidado médico.

Com a supremacia do modelo proposto por Abraham Flexner, a partir de 1910, houve uma maior valorização de hospitais e da tecnologia, considerados suficientes para resolver os problemas de saúde, deixando-se de lado outros instrumentos da prática médica e o paciente como pessoa.

Em 1910, o educador americano Abraham Flexner fez uma avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, e concluiu que, das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. O relatório de Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, teve o efeito de um terremoto, e nos anos seguintes, a quase totalidade das instituições por ele criticadas fechou suas portas. Esse modelo foi amplamente difundido pelo mundo, contando para isso com apoio da Fundação Rockefeller, da qual um irmão de Flexner era diretor.

Mas, afinal, como a medicina, como o médico vê a pessoa? Qual o uso prático que o médico faz desse conceito? Qual sua repercussão na relação médico-pessoa, quando nos referimos aos seres humanos que atendemos e nomeamos pacientes?

O paciente é um papel a ser assumido pela pessoa quando está doente, portanto, paciente define como deve se comportar uma pessoa que está doente. Mas a definição de paciente **retira** os aspectos volitivos, a **autonomia da pessoa**, determina um comportamento, transforma a pessoa num indivíduo e se contrapõe à própria definição de pessoa, dentro da abordagem dos problemas de saúde da pessoa-que-busca-ajuda e na participação que se espera da mesma na produção da saúde. A esse fato é acrescido outro, que pode-se dizer que o agrava, com um grande simbolismo, representado na prática médica pelo hábito de nomear as pessoas pelo número do leito onde estão (“Fui ver o 321”) ou pela doença os afeta (“atendi uma hepatite”).

Parece que existe um consenso sobre o paciente e seu papel no processo de cuidar da saúde. Inclusive os textos médicos que tratam das estratégias para aumentar a aderência das pessoas aos tratamentos e a sua colaboração com os mesmos, ressaltam a relação médico-paciente como fundamental, definindo inclusive papéis e tarefas pertinentes a cada um desses personagens. Tais textos, porém, preocupam-se com o paciente sempre como alguém sofredor de uma ação, por exemplo, a prescrição, e com os fatores que interferem na aderência do paciente ao tratamento. Mesmo Stewart,<sup>4</sup> que propõe uma nova abordagem da pessoa-que-busca-ajuda vendo o paciente como pessoa inteira, intitulou seu livro de “Medicina centrada no paciente”.



## LEMBRAR

Na definição de paciente relacionada à saúde,<sup>16</sup> aparece o uso do vocábulo **pessoa**, portanto, paciente pressupõe “pessoa doente”, sem que com isso ela perca “[...] independência, livre-arbítrio, ação de acordo com sua vontade e respeito aos preceitos éticos”.

Ao longo do tempo, foram desenvolvidas diversas estruturas teóricas que podem ajudar os médicos a entender o desenvolvimento individual das pessoas que cuidam e proporcionar explicações e previsões sobre seu comportamento. Entender a forma como a disfunção orgânica se manifesta na pessoa (doença) é ver apenas uma dimensão do que acontece com ela, é ver apenas uma dimensão de sua personalidade. Um diagnóstico geral teria de levar em conta as pressões externas a que a pessoa é submetida, seu mundo interior, suas relações com outras pessoas significativas e também a forma que tomou a sua relação com o médico. A pessoa que vai à consulta é pai, mãe, filho, avô e tem uma história a ser narrada, com certas circunstâncias presentes e com uma expectativa de futuro. Tem relações, obrigações e uma organização de vida que pode ser saudável ou não.



Uma personalidade saudável se define por um sólido sentido de si mesma, auto-estima positiva, posição de independência e autonomia emparelhadas com a capacidade de relacionar-se e de ter intimidade. Cada etapa do desenvolvimento vital tem suas próprias tarefas evolutivas e papéis a cumprir, assim como riscos biológicos e psicossociais. O contexto da pessoa doente inclui sua família, amigos, trabalho, religião, escola e recursos de saúde. O reconhecimento desse contexto permite que o médico não veja os problemas de saúde como eventos isolados, e, sim, como uma resposta a, ou inseridos em, crises vitais, estresse, hábitos inadequados, disfunção familiar, entre outros.

Entender a pessoa de modo abrangente, inteira, talvez seja o componente do Método Clínico Centrado na Pessoa mais importante conceitualmente, pois acredita-se que a maior dificuldade dos médicos e do sistema de saúde seja entender aquele que está sob seus cuidados como alguém que exerce um dos papéis a ser assumido por uma pessoa, sem desvinculá-la do mundo no qual vive, integrando os conceitos de *doença* (*illness* e *disease*) com seu ciclo e contexto de vida. No **ciclo de vida da pessoa**, devemos considerar o desenvolvimento da própria personalidade, bem como os vários estágios de desenvolvimento da família e suas repercussões frente à doença.

As diversas denominações utilizadas para designar a pessoa-que-busca-ajuda para seus problemas de saúde (paciente, usuário, cliente, indivíduo, sujeito, ator, entre outros.) têm mudado para se adequar às concepções teóricas que orientam a organização e a gestão dos serviços, bem como a formação dos profissionais num dado momento. Mas todas, de certa forma, retiram ou não consideram os aspectos volitivos, aspectos da vontade e da autonomia da pessoa, fragmentando-a, colocando-a como alguém que sofre uma ação, não como um parceiro.

Galeano<sup>17</sup> conta a seguinte história:

*“Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus. Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.*

*- O mundo é isso – revelou. Um montão de gente, um mar de fogueirinhas. Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo."*

As descrições das diferentes visões das "gentes" e seus "fogos" resumem, de certo modo, o que foi dito até agora sobre pessoa e sobre como o médico deve encarar a relação com os doentes e introduzem dois aspectos da **Teoria da Resiliência**. O primeiro se refere à potencialidade da cada pessoa para se desenvolver, e o segundo traz a idéia da diversidade, da diferença entre as pessoas.



O vocábulo resiliência tem sua origem no latim, do termo *resilio*, que significa voltar atrás, voltar de um salto, ressaltar, rebotar. O termo foi adaptado para as ciências sociais para caracterizar aquelas pessoas que, apesar de passarem por situações de grande risco ou estresse, se desenvolvem psicologicamente sãs e vitoriosas. Em física e em engenharia, utiliza-se o termo para a capacidade de certos metais de retornar à sua forma original mesmo depois de submetidos à força ou pressão que os deforme.

Para tornar efetiva a sua atuação, o médico (este texto trata do médico, especialmente do médico de família e comunidade, sem desconsiderar a importância do trabalho em equipe e do papel desempenhado pelos diversos profissionais na área da saúde) necessita utilizar um método de abordagem dos problemas de saúde que de fato promova um cuidado eficaz o suficiente para gerar mudanças, o que só é possível com a participação co-responsável e intercessora da pessoa doente, estabelecendo as trocas na relação do profissional com a pessoa.



O vocábulo médico deriva do substantivo *medicus*, que, por sua vez, provém do verbo *mederi*, cujo significado primário é pensar. Ou seja, na língua latina, confere-se ao médico, antes de tudo, o atributo de pensador, sendo o pensamento por ele acionado o ponto de partida para a cura do paciente. A propósito, a etimologia de médico (*mederi* = pensar) explica um sentido, hoje menos empregado na língua portuguesa, do verbo pensar, sentido esse de curar ou tratar um ferimento. É interessante também observar que, no mesmo contexto da prática terapêutica, o verbo *mederi* se relaciona com o verbo latino *meditari*, origem da palavra meditar, que significa refletir, a fim de curar.

O **método clínico centrado no paciente**<sup>4</sup> traz uma proposta de abordagem que considera o paciente como uma pessoa, sugerindo mudanças na concepção do "clínico", com o médico dando poder ao paciente e renunciando ao controle tradicional. Segundo Lown,<sup>18</sup> em "A Arte Perdida de Curar", o médico e a pessoa devem "[...] tornar-se sócios, parceiros, e para que haja parceria em medicina, o sócio principal tem que ser o paciente, que não deve ser impedido de pronunciar a palavra decisiva, a última palavra". Considerando isso e a proposta do MCCP, essa proposta deveria ser denominada **método clínico de abordagem centrada na pessoa**.



## LEMBRAR

A partir dessas reflexões, talvez o caminho seja mudar o *slogan* de **ver o paciente como pessoa** para **ver a pessoa como paciente**, pois a condição de doente é um dos papéis que alguém assume sem deixar de lado os demais. Então, desse momento em diante, deixaremos de usar o termo **paciente**, exceto em citações ou reproduções, substituindo-o por **pessoa**. Buscamos, assim, causar a ruptura necessária com uma abordagem médica voltada ao cuidado em seu sentido mais amplo, pois o termo pessoa é auto-explicativo. Ele define a relação entre os profissionais e os doentes como uma relação entre pessoas, envolvendo todos os aspectos que aproximam, afastam, facilitam e dificultam as relações pessoais, considerando todos os contextos existentes.

Como vimos anteriormente, o **paciente como pessoa** surgiu em 1890, mas foi Michel Balint, psiquiatra inglês, que trouxe o termo “medicina centrada no paciente” (1970) para contrastar com “medicina centrada na doença”. Desde então, vários autores contribuíram para o aperfeiçoamento do conceito.

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,<sup>19</sup> 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-paciente.

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**.<sup>5</sup>

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 por a abordagem do Dr. Levenstein ser diferente do que a aluna havia observado até então no hospital, de modo que ela não conseguia reconhecer nenhum padrão na técnica que ele usava.<sup>5</sup> Ele explicou que o que fazia era baseado no seu 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 sobre tudo 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 foram 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 consulta foi menos efetiva. Estava ali alguma coisa que poderia ser ensinada.

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 método.

O **método clínico de abordagem centrado no paciente** <sup>5</sup> tem seis componentes que são apresentados de forma separada, mas na verdade estão estreitamente interligados, conforme representado no diagrama do Quadro 2. O médico habilidoso move-se com empenho para frente e para trás entre os seis componentes, seguindo as “deixas” ou “dicas” do paciente. Essa técnica “de ir e vir” é o conceito chave para utilizar e ensinar o método clínico centrado no paciente (MCCP), e ela requer prática e experiência.



Quadro 2

ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA	
■ Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ história, exame clínico, laboratório;</li> <li>■ dimensão da doença – sentimentos, idéias, efeitos na função, expectativas.</li> </ul>
■ Entendendo a pessoa como um todo, inteira:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ a pessoa – história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento;</li> <li>■ o contexto próximo – família, emprego, comunidade, suporte social;</li> <li>■ o contexto distante – cultura, comunidade, ecossistema.</li> </ul>
■ Elaborando um projeto comum de manejo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ problemas e prioridades;</li> <li>■ objetivos do tratamento e do manejo;</li> <li>■ papéis da pessoa e do médico.</li> </ul>
■ Incorporando prevenção e promoção de saúde:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ melhorias da saúde;</li> <li>■ evitar riscos, redução de riscos;</li> <li>■ identificação precoce;</li> <li>■ redução de complicações.</li> </ul>
■ Fortalecendo a relação médico-pessoa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ compaixão;</li> <li>■ poder;</li> <li>■ cura;</li> <li>■ autoconhecimento;</li> <li>■ transferência e contratransferência.</li> </ul>
■ Sendo realista:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ tempo e <i>timing</i>;</li> <li>■ equipe – construir e trabalhar;</li> <li>■ uso adequado dos recursos disponíveis.</li> </ul>

Fonte: Stewart (2003).<sup>5</sup>

Um questionamento frequente é: como é possível praticar uma abordagem centrada na pessoa dentro das condições de trabalho e de tempo disponíveis na realidade brasileira? Essa pergunta tem se mostrado relevante em todas as realidades, pois o tempo disponível para a consulta pode ser um limitador da implementação.

Em virtude das possíveis dificuldades encontradas, tem-se procurado determinar quais dos seis componentes são os mais importantes para garantir uma atenção centrada na pessoa; o médico, porém, deve usar a continuidade e a longitudinalidade como ferramentas, desenvolver habilidades para estabelecer priorida-

des, alocar recursos, trabalhar em equipe e conhecer o fato de que, se deixarmos uma pessoa falar por dois minutos sem interrupção, a partir de uma pergunta aberta, tal como: "Em que posso lhe ajudar?", obteremos 90% das informações necessárias para resolver seu problema, como citado no artigo *Consultations do not have to be longer*.<sup>20</sup> Mas em geral interrompemos antes!

O uso adequado do tempo está contemplado dentro do sexto componente do método de abordagem centrado na pessoa: Sendo realista. Estudos mostram que o método clínico centrado na pessoa pode ser implementado com consultas com duração média variando entre 13 e 15 minutos.



Figura 1 – A interação entre os seis componentes do MCCP.

Fonte: Stewart (2003).<sup>5</sup>



8. Quais são as expectativas em relação à atuação do doente ao se nomeá-lo pelo número do leito que ocupa?

.....

.....

.....

.....



9. Com relação a abordagem centrada na pessoa, é correto dizer que:

- A) é recente, tendo seu desenvolvimento iniciado na Conferência da WONCA, na África do Sul, em 2002;
- B) tem origem histórica desde 1980, tendo sido desenvolvida mais intensamente a partir de Balint, consolidada pelo método clínico de abordagem do paciente;
- C) tem suas origens na Conferência de Alma-Ata;
- D) surgiu no Brasil com a implantação da Saúde da Família, em 1994.

10. Baseado no componente do modelo de abordagem centrado no paciente - incorporando prevenção e promoção da saúde na prática diária -, podemos considerar como opção correta:

- A) que o médico deve ter momentos específicos para propor intervenções preventivas;
- B) que essa iniciativa deve partir da pessoa que busca ajuda;
- C) que caso a pessoa se negue a realizar procedimentos preventivos, o médico deve respeitar sem argumentação;
- D) Todas estão incorretas.

*Resposta no final do capítulo*

## ■ OS COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE

O texto abaixo se torna necessário para introduzir dois conceitos essenciais para um adequado entendimento e utilização do MCCP.

### OS CONCEITOS DE ILLNESS E DISEASE

*"Illness" é "o que a pessoa está sentindo ao dirigir-se ao consultório do médico";*

*"disease" é "o que a pessoa tem ao retornar do consultório médico".*

Cassel (1976, apud Helman pp104)

As transformações sociais ocorridas a partir das últimas décadas, trouxeram a necessidade de um entendimento mais amplo e abrangente sobre o sofrimento das pessoas em função de alterações na sua saúde, sendo necessário utilizar conceitos e modelos de abordagem, que permitam ao médico entender e intervir da forma mais adequada às pessoas e seu sofrimento, e não somente às doenças (entendidas como disfunção orgânica) e a tecnologia.

Um dos elementos fundamentais nesta quebra de paradigmas se refere à aplicação na prática médica do método clínico de abordagem centrada no paciente (Stewart), surgindo com ela uma importância e necessidade de incorporar à prática diária os conceitos de "*disease*" e "*illness*". E para que isso ocorra é fundamental o entendimento e a diferenciação entre esses conceitos; acarretando também numa busca de palavras para "etiquetá-los" na linguagem médica brasileira.

Este texto aborda a discussão sobre os conceitos representados pelas palavras inglesas "*disease*" e "*illness*", sua tradução, utilização, e incorporação na linguagem médica brasileira.

Em inglês, a diferenciação entre as alterações no organismo produzidas pelas doenças (traduzidas por sinais, sintomas, alterações em exames) e o sofrimento das pessoas (representado por queixas, problemas, disfunções) é estabelecida através das palavras "*disease*" e "*illness*", respectivamente; que embora sejam intimamente relacionadas (o que gera muita confusão na hora de utilizar uma ou outra), têm uma importante descontinuidade entre elas. As traduções mais corretas, de "*disease*" e "*illness*", para o português, provavelmente seriam **afeccção** para "*disease*" e **doença** enfermidade para "*illness*". Mas afeccção não é uma palavra de uso corrente no meio médico brasileiro, e **doença**, em português, tem sido usada costumeiramente para traduzir "*disease*", tradução que está enraizada na linguagem médica brasileira. E não existe em português uma palavra equivalente à "*illness*", sendo – no português – **doença** o vocábulo que talvez mais se aproxime. Mas, como já vimos, esta palavra (doença) tem seu uso consagrado para "*disease*".

Ao entrar na questão da tradução e que vocábulos utilizar em português para "*disease*" ou "*illness*", torna-se necessário clarificar conceitos e significados representados por estas palavras, tendo-se presente que o entendimento e incorporação dos conceitos à prática é o mais importante.

### O que é "*disease*"?

Quando em 1676, Thomas Sydenham lançou as bases da medicina clínica classificando as doenças e introduzindo ordem e possibilidade de progresso no pensamento médico, ele não conseguiu – devido ao estágio incipiente das ciências naturais na época – ser útil na diferenciação do sofrimento das pessoas doentes. Isto permaneceu até Rudolf Virchow (1858), fundar a patologia clínica científica, lançar as bases da biomedicina e o nosso entendimento da doença. Permaneceu satisfatório até que as modificações ocorridas no conhecimento científico, no desenvolvimento tecnológico e na sociedade, transformassem a medicina moderna em mistura de arte e ciência. Mistura esta, necessária para dar conta a estas transformações e pelo fato das doenças ocorrerem em pessoas (vivas) que trazem e desenvolvem sua experiência pessoal com a doença.

"*Disease*" pode ser entendida como um evento biológico, referindo-se às transformações que ocorrem no organismo, caracterizadas por alterações anatômicas, fisiológicas ou bioquímicas, ou pela mistura delas; e cuja presença é denunciada por sinais físicos. Ou seja, "*disease*", é uma construção teórica ou abstrata pela qual a biomedicina busca explicar os problemas de saúde das pessoas em termos de anormalidades de estrutura e/ou funções de partes do corpo ou sistemas, incluindo desordens físicas e mentais. É determinada por causas variadas, podendo persistir, progredir ou regredir através de mecanismos diversos, e pode ou não ser clinicamente aparente ou identificável.

## O que é “*illness*”?

“*Illness*”, por sua vez, não é um evento biológico, e sim **da pessoa**, consistindo de um conjunto de desconfortos e disfunções psicossociais resultantes da interação da pessoa com o ambiente. A doença pode ser o estímulo ambiental, mas frequentemente ela não é; “*illness*” pode ser uma série estressante de eventos da vida ou um quadro de reações a ameaças ou situações de risco identificadas e muitas vezes simbólicas. Isto indica que “*illness*” e “*disease*” não são congruentes; certamente qualquer uma pode estar presente na ausência da outra. Isto é importante, pois significa, que ao contrário do que muitos pensam, “*illness*” não é necessariamente a representação de experiência de alguém que está sofrendo determinada alteração orgânica, fisiológica ou bioquímica.

Buscando trazer luz à confusão na utilização dos termos, Eisenberg<sup>21</sup> estabeleceu uma distinção paradigmática entre a “doença processo” (“*disease*”) e a “doença experiência” (“*illness*”) que é o elemento-chave dos estudos neste sentido. A “**doença processo**” (“*disease*”) refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e “**doença experiência**” (“*illness*”), refere-se à experiência subjetiva do que é sentido pela pessoa e pelos que a cercam (família, amigos, colegas). Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, baseia-se em valores e expectativas, e fundamenta-se em modelos explicativos, tanto individuais como coletivos, expressando-se através de formas específicas de pensar e agir.

A **experiência pessoal com a saúde**, portanto refere-se à “*illness*”. O trabalho diagnóstico realizado pelo médico explica aquilo que cada indivíduo com uma doença tem em comum com todos os outros no que se refere ao tipo de disfunção estrutural do organismo, mas a **experiência da doença** de cada Pessoa é única. Ou seja, “*illness*” é a experiência de cada pessoa com sua “*disease*”. A “*illness*” tem sua presença frequentemente comunicada através de queixas ou problemas. A “*illness*” não pode ser investigada por métodos da biomedicina porque seu estudo em última instância depende diretamente de análise fenomenológica do sofrimento vivenciado através do comportamento e narrativas individuais. Sua presença não pode ser objetivamente estabelecida por sinais físicos.

Uma confirmação desta distinção é que alguém pode estar seriamente doente sem sentir-se doente; por exemplo: com hipertensão silenciosa ou neoplasia oculta. Inversamente, alguém pode sentir-se seriamente doente sem ser doente; por exemplo: com depressão severa em resposta a uma perda. Em ambos exemplos, o desfecho pode ser fatal. Esta distinção também sugere que dor, sofrimento e stress são dimensões da “*illness*”, não da “*disease*”. E isto sublinha o paradoxo no qual se encontram os médicos (tecnológicos) modernos. Quanto mais eficazes eles tornam-se para diagnosticar e curar as doenças, mais as pessoas queixam que eles têm-se tornado impessoais. As pessoas estão primariamente preocupadas com suas “*illnesses*” (isto é, seu sofrimento!), enquanto médicos estão mais preocupados com as “*diseases*” (diagnósticos). O surgimento da eficácia da medicina em curar doenças tem aparentemente sido acompanhada por uma relativa negligência para com a experiência da pessoa com a doença e, mais ainda, de suas queixas não médicas.

Podemos ainda empiricamente separar “*illnesses*” em duas classes: aquelas surgindo de doenças ou traumas (“*medical illnesses*”), e aquelas surgindo de outras dificuldades pessoais da vida (“*nonmedical ou existencial illnesses*”).

No entendimento desta diferenciação entre “*illness*” e “*disease*” - e principalmente da aplicação destes conceitos na prática médica, na comunicação entre médicos e pessoas, e na utilização dos serviços de saúde - exercem grande influência os universos social e cultural, e o fato de que os cuidados à saúde frente às doenças são respostas socialmente organizadas, repercutindo no comportamento das pessoas e médicos a partir de modelos explicativos diferentes que cada um utiliza, construídos a partir de episódios de doença vivenciados, cuidados recebidos ou tratamentos realizados. Portanto, conhecer os modelos explicativos – através da narrativa pessoal – permite trabalhar crenças, expectativas, avaliar a distância entre os modelos médicos e não médicos, facilita a comunicação, e permite a realização das intervenções mais apropriadas.

## EXPLORANDO A ENFERMIDADE E A EXPERIÊNCIA DA PESSOA EM ESTAR DOENTE

*Uma determinada doença é o que todos com esta alteração do organismo têm em comum, mas a experiência sobre a doença de cada pessoa é única.*  
William Osler



O primeiro componente do MCCP envolve o entendimento pelo médico de dois conceitos relacionados às pessoas-que-buscam-ajuda: *disease* e *illness*. Esses conceitos são fundamentais para definir o lócus da atenção dispensada à pessoa acometida por uma afecção. Pelo já exposto acima, vamos considerar *disease* = doença, e *illness* = experiência da doença. A partir disso, podemos dizer que doença (*disease*) é a descrição das alterações estruturais que está no papel, independentemente de quem a sofre, enquanto experiência da doença (*illness*) é a maneira única como cada pessoa vivencia a sua doença.

A prestação de um cuidado efetivo requer assistência tanto para a experiência da pessoa com a doença quanto para a percepção de cada pessoa com sua doença. O método médico convencional identifica a doença, mas o entendimento da *experiência da doença* requer uma abordagem adicional. O MCCP tem foco nas quatro principais dimensões da experiência da pessoa com a doença:

- suas idéias sobre o que está errado com ela;
- seus sentimentos, principalmente medos sobre estar doente;
- o impacto de seus problemas nas tarefas da vida diária;
- suas expectativas sobre o que deve ser feito.

A chave para essa abordagem é prestar atenção em “dicas” ou “sinais” da pessoa, relacionados aos aspectos anteriores. O objetivo é seguir a direção apontada por quem está na consultagem para entender a *experiência da doença* do ponto de vista de quem a vivencia.



## LEMBRAR

Buscar um entendimento terapêutico da experiência da pessoa com a doença requer habilidade do médico ao entrevistar, obtendo informações que o capacitem a “entrar no mundo de quem busca ajuda”. Um exemplo de que isso não foi alcançado no decorrer da consulta é o “comentário ou sinal da maçaneta” (quando a pessoa, ao final da consultagem, no momento em que o médico vai abrir a porta diz algo como: “Ah! Doutor tem mais uma coisa que eu ia esquecendo:...”), significando que o médico perdeu as dicas fornecidas ou que a pessoa finalmente reuniu coragem para falar de um assunto difícil antes que fosse tarde.

Outro aspecto importante é que muitas vezes pessoas com uma doença assintomática não se sentem doentes e não aceitam ajuda ou não seguem o tratamento. Por outro lado, há pessoas que, preocupadas com a possibilidade de ter algum problema, podem se sentir doentes sem ter alguma doença e buscam realizar investigação ou mesmo tratamentos. Em função desses dois aspectos, pessoas e médicos 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.

Mesmo quando a doença está presente, ela pode não explicar de modo adequado o sofrimento, uma vez que a quantidade de aflição que a pessoa experimenta refere-se não só à quantidade de dano tecidual, mas ao significado pessoal desta doença. Por isso, dentro de uma abordagem centrada na pessoa, o médico deve obter através da narrativa de quem está doente - no decorrer da consultagem - 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 no médico, entre o profissional e a pessoa, nas quais o médico tem como primeira tarefa fazer o diagnóstico, atender a voz da medicina, em geral não ouvindo a pessoa sobre suas próprias tentativas de dar sentido ao seu sofrimento.

Algumas vezes, as pessoas vêem seus problemas da perspectiva da medicina; noutras, aprenderam pela experiência que a voz da “vida comum” não tem valor em encontros médicos; em outras situações, vão às consultas orientadas por objetivos e desejam que o encontro seja breve e eficiente; pode ocorrer ainda de a estrutura desses encontros ser tal que a pessoa não tenha oportunidade de usar a voz da “vida comum”.<sup>3</sup>

Ao contrário do que se observa na interação centrada no médico, é necessário uma abordagem na qual o **médico dê prioridade para a pessoa** expor seu modo de vida como base para entender, diagnosticar e tratar os problemas.



## LEMBRAR

A história de uma doença – a história da pessoa – tem dois protagonistas: o **corpo** e a **pessoa**. Através de um questionamento cuidadoso, é possível separar os fatos que falam de um funcionamento corporal disfuncional da patofisiologia que leva ao diagnóstico. Para fazer isso, os fatos sobre a disfunção do corpo devem ser separados daqueles que têm significados pessoais, os quais darão ao médico a oportunidade de conhecer quem a pessoa é.

Pode-se dizer que as razões para uma pessoa ir ao médico costumam ser mais importantes que o diagnóstico, o qual frequentemente é óbvio ou já é conhecido através de contatos anteriores. A razão pode estar vinculada aos estágios que representam a experiência com a doença: preocupação, desorganização, reorganização, e aos quais devemos estar atentos.

Para compreender a experiência com a doença, é fundamental o médico estar atento às “dicas e movimentos” durante a consultagem, que geralmente a pessoa manifesta sobre as razões pelas quais está indo ao médico naquele momento. Tais sinais podem ser verbais ou não-verbais e podem ser representados por expressões, 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.

É importante ressaltar que a pessoa quando vem à consultagem traz sua “agenda”, buscando explicações para suas queixas; o médico vai estabelecer a sua “agenda” a partir do que a pessoa traz, e de dados objetivos que identifica. O resultado, para que de fato ocorra uma consultagem centrada na pessoa, deve ser a integração e interação entre estas “agendas”.

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

- Em que posso lhe ajudar?
- O que trouxe você aqui hoje?
- O que precipitou esta visita?

Como já foi falado, mas torna-se importante repetir, deixando a pessoa falar sem interrupções por cerca de dois minutos obtêm-se a maior parte das informações necessárias (cerca de 90%) para manejar o problema. Depois, pode-se complementar esses dados com as perguntas objetivas que forem necessárias, sem que se esqueça de avaliar as quatro dimensões da experiência com a doença: sentimentos, idéias da pessoa sobre o que está errado com ela, efeito da doença sobre o funcionamento da pessoa e suas expectativas com relação ao médico.



## LEMBRAR

A narrativa da doença por parte da pessoa, recontando sua história de doença, é importante, pois expandir o foco da entrevista para incluir a experiência da pessoa sobre o adoecer pode levar a um resultado rico, mais significativo e produtivo para todos; mas isso em geral não acontece, pois os médicos interrompem as pessoas precocemente e suas histórias não são narradas, o que representa uma falha no tão necessário “ir e vir”.

Explorar com a pessoa a doença e a experiência da doença requer, além da abordagem tradicional para chegar ao diagnóstico, prescrever medicamentos e requisitar exames, levar em consideração como aquela pessoa em particular esta sendo afetada e, a partir de então, construir um entendimento integrado. A Figura 2 mostra de forma esquemática como isso ocorre.



**Figura 2** – Diagrama demonstrativo do primeiro componente.

Fonte: Stewart (2003).<sup>5</sup>

## ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO, INTEIRA



O segundo componente do M CCP é um entendimento integrado da pessoa. Esse entendimento acontece ao longo do tempo, a medida que o médico acumula uma miríade de informações sobre aqueles que atende. Esse conhecimento vai além de diagnosticar e assistir à resposta à doença. O médico começa a conhecer a pessoa inteira e a sua experiência com a doença em um determinado contexto de vida e estágio de desenvolvimento pessoal. Muitas vezes, essas informações são obtidas antes mesmo de a pessoa adoecer.

O conhecimento da pessoa inclui: família, trabalho, crenças e lutas nas várias crises do ciclo vital. Doenças graves em um membro da família reverberam por todo sistema familiar. Um médico que entende a pessoa inteira pode reconhecer o impacto que a família exerce em melhorar, agravar ou mesmo causar doenças em seus membros. As crenças culturais e atitudes da pessoa também influenciam o cuidado. O uso desse segundo componente pode auxiliar o médico a aumentar sua interação com a pessoa em períodos específicos.

Conhecer a fase do **ciclo de vida do paciente** pode ajudar a entender sinais e sintomas pouco definidos ou perceber quando há reação exagerada e fora de contexto. Principalmente, pode dar base para um entendimento da pessoa como um todo, de modo integral, e para aprofundar o conhecimento do médico sobre a condição humana, especialmente quanto ao sofrimento e à resposta ao adoecer. As doenças da pessoa são apenas uma dimensão dos papéis que ela desempenha ao longo da vida, portanto são um recurso reduzido para entender a doença e sofrimento.



## LEMBRAR

Para conhecer a pessoa inteira, é necessário compreender o desenvolvimento individual, saber o que é um desenvolvimento saudável (ter sentido de eu – *self*, possuir auto-estima positiva, ter independência e autonomia, capacidade de relacionar-se e ter intimidade) e saber, também, que a formação da personalidade surge como resultado do modo como cada fase do desenvolvimento acontece e é negociada. 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. Tudo isso influencia o cuidado que a pessoa busca e também aquele que presta o cuidado.

O ciclo de vida pessoal e familiar se refere às pessoas terem um passado, um presente e um futuro e à importância da família, pois cerca de um terço (1/3) das pessoas vai acompanhada às consultas, sendo o acompanhante fonte de informações e recursos. Assim, devemos obter respostas para perguntas como:

- Que tipos doenças existem na família?
- Em que ponto do ciclo vital familiar está a família?
- Em que ponto do desenvolvimento está a pessoa?
- Quais as tarefas da família e da pessoa?
- Como a doença afeta as tarefas?
- Como a família experienciou doenças?



A elaboração do **genograma familiar** como instrumento de conhecimento, interpretação e intervenção é fundamental. A partir das informações familiares, associadas a outras, comunitárias e ecológicas, podemos contextualizar, e considerar fatores contextuais é uma marca registrada da abordagem médica centrada na pessoa.

O contexto pode ser dividido em próximo ou distante:

- o contexto próximo é imediato e específico, envolvendo família, previdência, educação, emprego, lazer e apoio social;
- o contexto distante envolve comunidade, cultura, situação econômica, sistema de saúde e geografia.

Todos esses aspectos relacionados possibilitam que o médico rompa com a abordagem tradicional, na qual a doença é uma entidade específica com uma existência separada de quem a sofre, partindo para uma visão ecológica, na qual o importante é entender os múltiplos fatores e suas relações na causa do adoecer, fazendo o diagnóstico da pessoa e instituindo uma abordagem terapêutica multifatorial e interdisciplinar.



11. Quais são os componentes do método clínico de abordagem centrada na pessoa?

.....

.....

.....

.....

12. Como deve ser conduzida a consulta a partir do método clínico centrado na pessoa?

.....

.....

.....

.....

13. Com relação à utilização do método de abordagem centrado na pessoa, é incorreto afirmar:

- A) deve ser seguido como um protocolo, obedecendo a sequência na aplicação dos componentes;
- B) sua utilização deve levar em conta a pessoa que está sendo atendida e não necessita ser utilizado em todos os atendimentos realizados;
- C) não de uso exclusivo em atenção primária à saúde;
- D) necessita de tempo de consulta que torna sua aplicabilidade pelo MFC viável.

*Resposta no final do capítulo*

14. Diferencie os fatores contextuais próximos e distantes que devem ser considerados na abordagem centrada na pessoa.

.....

.....

.....

.....

## ELABORANDO UM PROJETO COMUM AO MÉDICO E À PESSOA PARA MANEJAR OS PROBLEMAS

*Escolhas finais pertencem aos pacientes, mas essas escolhas ganham significado, riqueza e precisão se elas são resultado de um processo de mútua influência e entendimento entre médico e pessoa.*  
(Quill e Brody, 1996)



O terceiro componente do MCPP representa o compromisso mútuo de encontrar um projeto comum para o enfrentamento dos problemas. Desenvolver um plano efetivo de manejo requer do médico e da pessoa buscar uma concordância em três áreas principais:

- a natureza dos problemas e as prioridades;
- os objetivos do tratamento;
- os papéis do médico e da pessoa.

Em geral, médicos e pessoas doentes têm grandes divergências em cada uma dessas áreas. O processo de encontrar uma solução satisfatória é não só de barganha e negociação, mas de movimento em direção a um encontro de opiniões ou de um terreno comum. Essa estrutura chama a atenção do médico para incorporar idéias, sentimentos, expectativas e ocupações da pessoa ao planejar intervenções. Para isso, serve como ajuda, no decorrer da consultagem, 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 e experiência da pessoa de sua doença?
- Quais são os desejos da pessoa e sua disposição para lidar com o problema?
- Como cada parte (médico e pessoa) define seus papéis na interação?



Um fato de extrema importância é que, em geral, os médicos falham nessa busca de um plano de intervenção conjunto, e esse aspecto da abordagem centrada na pessoa é essencial para evitar mal-entendidos sobre medicação e redução de exames e encaminhamentos.

Para a-pessoa-que-busca-ajuda, ter definido qual o seu problema a ser manejado é crucial, pois ter entendimento ou explicação sobre sintomas físicos ou emocionais preocupantes é uma necessidade humana fundamental. Portanto, 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 idéia do que esperar em termos de evolução do problema;
- permite dar informações sobre o prognóstico.

Também deve-se levar em conta que as pessoas costumam formular uma hipótese sobre o que têm antes de apresentarem-se ao médico. Assim, cabe ao profissional explicar o problema e o manejo recomendado de forma consistente com o ponto de vista da pessoa e fazer sentido nas palavras dela, de forma que ela entenda e concorde com as recomendações.

Lembramos que o médico deve ter cuidado para ao buscar ou definir um diagnóstico não fechar-se para o “conhecer a pessoa e seus outros aspectos”.

As dificuldades surgem quando o médico e a pessoa têm idéias diferentes sobre o problema. Por exemplo, o médico diagnostica hipertensão arterial sistêmica, mas a pessoa atribui os níveis tensionais elevados ao fato de estar apressada ou trabalhando muito. Nesse processo de entendimento e definição do problema, o médico deve evitar jargões e termos científicos e estimular a pessoa a perguntar.

**LEMBRAR**

Uma vez estabelecida a concordância sobre qual é o problema, o passo seguinte é definir objetivos e prioridades de manejo. Se o médico ignorar as expectativas e as idéias da pessoa sobre como será o manejo, ele pode não entendê-la ou deixá-la descontente por perceber uma falta de interesse. As pessoas podem ter dificuldades em ouvir as recomendações, a menos que sintam que suas idéias e opiniões foram ouvidas e respeitadas.

É importante ter cuidado para definir em que momento determinar o manejo (*timing*). Para isso, algumas questões devem ser observadas:

- buscar o momento adequado:
  - “Você poderia me ajudar a entender o que nós poderíamos fazer juntos para colocar seu diabetes sob controle?”
- 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?”.

**LEMBRAR**

Habitualmente, aquilo que os médicos definem como “não-aderência” pode ser a expressão da discordância sobre os objetivos do tratamento. Quando caminhos ou opções diversas são igualmente efetivos, em geral não existem dilemas no processo de estabelecimento do manejo por parte do médico: os dilemas surgem quando a escolha da pessoa recai sobre um tratamento que o médico considera menos eficaz ou mesmo inadequado.

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

- a pessoa está buscando por uma autoridade médica que lhe diga o que está errado e o que ela deve fazer; o médico, por outro lado, deseja uma relação mais igualitária, na qual ele e a pessoa compartilhem a tomada de decisão;
- a pessoa deseja uma profunda e significativa relação com uma figura parental que faça por ela o que os próprios pais não fizeram; o médico, por sua vez, deseja ser um cientista biomédico que possa aplicar as descobertas da medicina moderna aos problemas das pessoas;
- a pessoa busca apenas assistência técnica do médico; o médico, entretanto, aprecia uma abordagem holística e deseja conhecer o paciente como pessoa.



Para prestar um cuidado centrado na pessoa, deve-se estar atento a aspectos culturais, ao tipo de problema e ao perfil da pessoa, sendo flexível com relação à abordagem que a pessoa busca ou de que ela necessita. O grau de participação da pessoa na tomada de decisão irá variar, dependendo de suas capacidades emocionais e físicas. O médico deve adaptar-se.

Outro aspecto importante a ser levado em conta, principalmente no trabalho em equipe, é que, quando a pessoa está recebendo cuidado de múltiplos profissionais de saúde, ela assume diferentes papéis e relacionamentos com cada um desses profissionais. O processo de estabelecer o projeto ou manejo consensual envolve estratégias, tais como o médico definir e descrever o problema: “Você tem uma amigdalite...” ou “Existem possibilidades de seus sintomas serem...”, e o que nós vamos necessitar fazer é...”, proporcionando espaço para a pessoa fazer perguntas: “O que você pensa?”. Diante de respostas como: “Eu não sei. Você é o médico...”, o médico deve responder: “Sim, e vou dar a você informações e minha opinião, mas suas idéias e desejos são importantes para fazer nosso plano conjuntamente”.

Ao final, o médico 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 3, e preenchê-la conjuntamente, pois essa visualização permite um trabalho melhor na busca do manejo conjunto.

Quadro 3

GRADE PARA DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS		
Tema	Pessoa	Médico
Problemas		
Objetivos		
Regras		

Fonte: Stewart (2003).<sup>5</sup>

## INCORPORANDO PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DIÁRIA



Implementar o quarto componente do MCCP garante incorporar prevenção e promoção da saúde no dia-a-dia da prática médica. A prevenção da requer um esforço colaborativo por parte da pessoa e do médico. Encontrar um projeto comum dentre as múltiplas possibilidades para prevenção de doenças e promoção da saúde torna-se um componente importante de cada contato ou consultagem.

Aplicar o método clínico centrado na pessoa está de acordo com a definição de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que 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 e suas repercussões;
- diminuir os efeitos da doença.



### LEMBRAR

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, saber delegar atividades à equipe, utilizar recursos da rede de assistência familiar e comunitária e, principalmente, desenvolver um esforço colaborativo por parte do médico e da pessoa para que cada visita seja uma oportunidade de prevenção e promoção da saúde.

## INTENSIFICANDO A RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA



Quando os médicos vêem 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. A cada visita, no contexto da continuidade do cuidado, os médicos esforçam-se para construir um relacionamento com cada pessoa como base para um trabalho conjunto e para explorar o potencial curativo da relação médico-pessoa.

O médico deve reconhecer que diferentes pessoas requerem diferentes abordagens. Ele deve agir em uma variedade de modos para alcançar as diferentes necessidades de quem busca ajuda, “caminhando com” a pessoa e colocando a si mesmo e seu relacionamento a trabalhar para mobilizar as forças da pessoa com propósitos curativos. Para tanto, o médico deve ter conhecimento sobre:

- quais são as características do relacionamento terapêutico;
- como compartilhar o poder;
- como estabelecer um relacionamento saudável e interessado;
- desenvolver o auto-conhecimento;
- reconhecer e utilizar a transferência e contratransferência.

## SENDO REALISTA



O sexto componente do M CCP possibilita ao médico 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 médicos de família e comunidade 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.



15. Refaça a consulta do caso clínico 1 apresentado no início do capítulo incluindo os diálogos, partindo de uma análise crítica, do que faltou segundo cada componente da abordagem centrada na pessoa. Após, compare com o modelo a seguir proposto pelo autor.

.....

.....

.....

.....

16. Por que é importante traçar o genograma familiar?

.....

.....

.....

17. Descreva os passos para a elaboração de um projeto de tratamento a partir da abordagem centrada na pessoa.

.....

.....

.....

.....

18. Qual dos itens não representa o componente Elaborando um projeto comum ao médico e a pessoa para manejar os problemas?

- A) Identificar a natureza dos problemas e prioridades.
- B) Obter consenso nos objetivos do manejo.
- C) Não estimular a pessoa a participar do processo de decisão.
- D) Estabelecer os papéis do médico e da pessoa.

*Resposta no final do capítulo*



19. Qual deve ser a conduta do médico ao perceber que o doente diverge nas decisões do tratamento?

.....

.....

.....

.....

20. Como o paciente pode participar na definição e manejo de um problema de saúde?

.....

.....

.....

.....

## CASO CLÍNICO

A seguir, apresentamos a mesma situação relatada no caso clínico no início do capítulo, agora reformulada a partir do foco centrado na pessoa.



João Mário vai ao consultório de seu médico acompanhado pela esposa.

Médico: Boa tarde, João Mário. Entre. Veio acompanhado hoje. Entrem e acomodem-se. Em que posso ajudá-los hoje?

João Mário: Bem Doutor, estou com uma piora da falta de ar há muitos dias, com muita dificuldade de respirar mesmo quando não faço nada, e para dormir então... Trabalhar nem se fala: não consigo mais

Marta: É Doutor, a situação piorou muito, e ele também está impossível de agüentar. Briga com todo mundo, como se fossem culpados por ter fumado tanto tempo.

Médico: Mais alguma coisa que gostariam de tratar hoje?... (João Mário balança a cabeça em sinal de negação) Não? (certifica-se o médico) Então, diga-me se tens mais algum sintoma ou sinal diferente desde as consultas anteriores, como: tosse, escarro, febre, inchaço em alguma parte do corpo.

João Mário: Não tenho nada disso.

Médico: Em que momentos percebes essa falta de ar? Tem alguma relação com o que a Marta falou?

João Mário: Na verdade tem, pois todos saem para estudar ou trabalhar e fico sozinho quase todo dia, e isso me dá muito medo de ter alguma coisa e não ter ninguém por perto para me ajudar.

Médico: E à noite?

João Mário: Tenho medo de dormir e não acordar mais.

Médico: Gostariam de falar mais sobre isso?

João Mário: Não, acho que é isso mesmo (com lágrimas nos olhos).

Marta: Por enquanto, acho que é isso mesmo.

Médico: Então vá até a mesa de exames para que eu possa examiná-lo. Verificar sua pressão, escutar seu pulmão, coração...

O médico examina João Mário e retorna à mesa de trabalho.

Médico: Bem, João Mário, diante de tudo que me contaste e do que encontrei no teu exame clínico, acredito que a dor no peito que sentes possa ser muscular, em função da falta de ar e dos teus medos e angústias, que também podem agravar a falta de ar. O que te parece?

João Mário: Penso que pode ser. Tenho muita dificuldade em botar para fora o que sinto e, em função do trabalho de caminhoneiro, tenho pouca intimidade com os filhos e não quero ser um peso para a Marta.

Médico: Acho importante que conversem sobre isso entre o casal e depois que também conversem com seus filhos, explicando esses sentimentos e medos. Marta, você terá que assumir um papel de facilitadora dessa aproximação do João Mário com seus filhos. Façam isso e voltaremos a nos encontrar daqui a dois dias para conversar sobre como estás te sentindo e o resultado das conversas. Vou te receitar um medicamento para relaxares, para que uses se julgar necessário. Na próxima consulta, se os filhos quiserem vir, podem trazê-los. E, a partir de agora, se concordares, sempre vamos destinar um tempo dos encontros para falar dos assuntos que julgares de interesse e sobre sentimentos.

## 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 médicos 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 desumanizado e impessoal dispensado às pessoas. A implementação de um método de abordagem que privilegie a pessoa e sua autonomia na busca de um cuidado significativo passa por fazer uma consultagem que permita uma visão caleidoscópica de quem está sendo atendido.

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

Deve ser levado em conta que envolver pessoas em decisões sobre sua saúde e cuidados de saúde é relevante para todos profissionais da área em todos os cenários. Centrar 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 aos médicos 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.

O método clínico de abordagem centrado na pessoa tem sido usado não apenas para melhorar o cuidado médico, mas também no ensino médico. Um ensino médico centrado no aluno é uma maneira de proporcionar aos estudantes de medicina uma formação mais adequada às suas necessidades de aprendizagem. Também já se observa sua utilização por outras áreas da saúde, como fisioterapia (centrada na pessoa) e enfermagem (centrada na pessoa). Isso demonstra a validade e eficácia da aplicação desse método.



21. Como deve agir o médico para que a pessoa doente compreenda que tem um papel importante nas definições de seu diagnóstico e tratamento?

.....

.....

.....

.....

22. "Aplicar o método clínico centrado na pessoa está de acordo com a definição de promoção de saúde". Comente essa afirmação.

.....

.....

.....

.....

23. Como intensificar a relação médico-pessoa?

.....

.....

.....

.....

24. O que é ser "realista" na condução de um caso?

.....

.....

.....

.....

25. Para implementar a abordagem centrada na pessoa, o médico deve desenvolver certas estratégias de comunicação. Que conhecimentos são importantes para obter sucesso nessas circunstâncias?

.....

.....

.....

.....

## RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

### Atividade 2

Resposta: **D**.

Comentário: estudos realizados mostraram que uma abordagem centrada na pessoa diferencia-se das demais por apresentar as características explicitadas nas letras A, B e C.

### Atividade 6

Resposta: **D**.

Comentário: pelo tipo de intervenção e de problemas que trazem as pessoas até o MCF, a abordagem centrada na pessoa é a que traz melhores resultados.

### Atividade 9

Resposta: **B**.

Comentário: é resultado de um movimento crescente, que iniciou pelos anos de 1980 e vem se desenvolvendo num processo crescente como resposta às mudanças da sociedade, com repercussões na relação dos médicos com as pessoas.

### Atividade 10

Resposta: **D**.

Comentário: o MFC deve aproveitar todos os contatos com as pessoas para realizar ações preventivas, argumentando sobre seus benefícios.

### Atividade 13

Resposta: **A**.

Comentário: A abordagem centrada na pessoa deve ser utilizada num “ir e vir” constante entre os seus componentes, sem necessidade de uma sequência rígida, e exigindo do médico desenvolver habilidade nesse sentido, bem como identificar o momento mais adequado para cada intervenção.

### Atividade 18

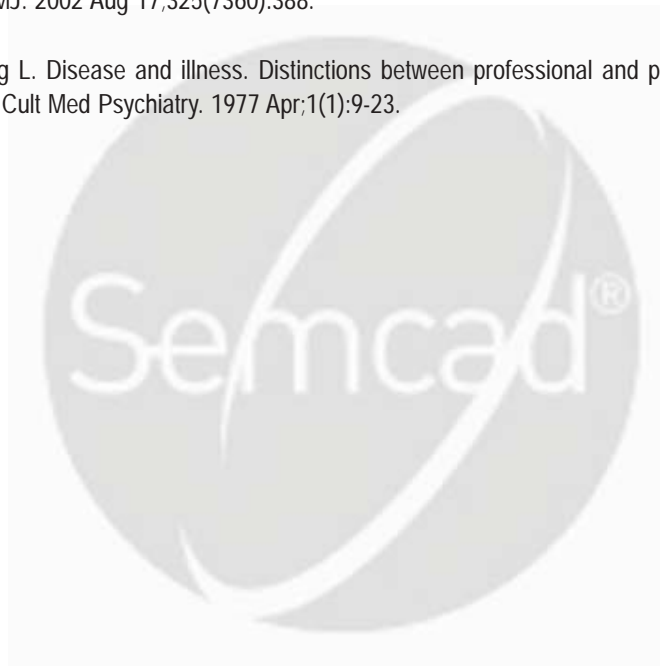
Resposta: **C**.

Comentário: Pelo contrário, nesse componente busca-se ao máximo a participação de quem está buscando ajuda, como forma de aumentar sua aderência ao manejo.

## REFERÊNCIAS

- 1 Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2000;(6):109-16.
- 2 Yalom ID. Os desafios da terapia. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.
- 3 Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982 Mar 18;306(11):639-45.
- 4 Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks: SAGE; 1995.
- 5 Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2 ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical; 2003.
- 6 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001 Oct 20;323(7318):908-11.
- 7 Camargo L. Doutor, eu decidi que... Zero Hora. 2004 mar 06; Caderno Vida: 4-5.
- 8 Rakel RE. Essentials of family practice. 2 ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1998.
- 9 Mcwhinney IR. A textbook of family medicine. 2 ed New York: Oxford University Press; 1997.
- 10 Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <http://www.agmfc.org.br/site/>
- 11 Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. Refletindo sobre a atenção primária à saúde: a experiência do Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre; 1999.
- 12 Lopes JM. 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. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.agmfc.org.br>
- 13 Anastasiou LG, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: UNIVILLE ; 2003.
- 14 Porter R. The Cambridge illustrated history of medicine. New York: Cambridge University Press; 2000

- 15 Robinson GC. The patient as a person: a study of the social aspects of illness. 3 ed. New York:Oxford University Press; 1946.
- 16 Larrouse: Grande Enciclopédia. Rio de Janeiro: Nova Cultural; 1999.
- 17 Galeano E. O livro dos abraços. Porto Alegre: L&PM; 2003.
- 18 Lown B. A arte perdida de curar. São Paulo: Fundação Petrópolis; 1997.
- 19 McWhinney IR. Beyond diagnosis: an approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. N Engl J Med. 1972 Aug 24;287(8):384-7.
- 20 Jenkins L, Britten N, Barber N, Bradley CP, Stevenson FA. Consultations do not have to be longer. BMJ. 2002 Aug 17;325(7360):388.
- 21 Eisenberg L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult Med Psychiatry. 1977 Apr;1(1):9-23.



## REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

- Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):879-89.
- Barondess JA. Disease and illness—a crucial distinction. *Am J Med*. 1979 Mar;66(3):375-6.
- Boff L. Saber cuidar, ética do humano: compaixão pela terra. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J*. 2002 Mar;43(3):152-5.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- Jennings D. The confusion between disease and illness in clinical medicine. *CMAJ*. 1986 Oct 15;135(8):865-70.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001 Feb 24;322(7284):468-72.
- Lopes R. Mulher com morte cerebral dá à luz. *Zero Hora*. 2005 ago 04; 30.
- Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Mora JF. Dicionário etimológico. 2 ed. Madrid: Alianza; 1982.
- Rezende JM. Afecção, doença, enfermidade, moléstia. [capturado 2007 Jan 31]. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/afec%C3%A7%C3%A3o.htm>
- Uchoa E, Vidal JM. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(4):497-504.



## Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

### Diretoria (*órgão executivo*) Gestão 2006-2008

**Presidente**  
Maria Inez Padula Anderson  
**Vice-Presidente**  
Marcello Dala Bernardino Dalla  
**Secretário Geral**  
José de Almeida Castro Filho  
**Primeira Secretária**  
Débora Silva Teixeira  
**Diretoria Financeira**  
Carlos Eduardo Aguilera Campos  
**Diretoria de Comunicação**  
Renata Luciana Hasegawa Fregonezi  
**Diretoria de Graduação**  
Marcelo Marcos Piva Demarzo  
**Diretoria de Residência Médica**  
Gustavo Diniz Ferreira Gusso  
**Diretoria de Pesquisa e Pós-graduação Stricto-Sensu**  
Ana Cristina Vidor

**Diretoria de Especialização**  
João Carlos Schneider  
**Diretor Científico**  
Eno Dias de Castro Filho  
**Diretoria de Publicação**  
Hamilton Lima Wagner  
**Diretor de Titulação**  
João Werner Falk  
**Diretoria de Exercício Profissional**  
Aline Píol Sá  
**Diretoria de Saúde Suplementar**  
Teófilo Guimarães Ferreira  
**Diretoria de Residentes**  
Marcela Dohms  
**Diretor Residente suplente**  
Izaías Francisco de Souza Junior

### Conselho Diretor (*órgão deliberativo*) Gestão 2006-2008

**Presidente da SBMFC**  
Maria Inez Padula Anderson  
**Vice-Presidente da SBMFC**  
Marcello Dala Bernardino Dalla  
**Presid. e representante do Estado Acre**  
Rodrigo Pereira Silveira  
**Presid. e representante do Estado Alagoas**  
Irapuan Medeiros Barros Junior  
**Presid. e representante do Estado Amazonas**  
David Ferreira Vieira Miranda  
**Representante do Estado da Bahia**  
Hildete de Santana Ferreira  
**Presid. e representante do Estado Ceará**  
José Roberto Pereira de Sousa  
**Presid. e representante do Estado Distrito Federal**  
Cláudio Henrique P. F. da Silva  
**Representante do Estado Espírito Santo**  
Cláudia Reis Cardoso de Mello  
**Representante do Estado Goiás**  
Marco Aurélio Cândido de Melo  
**Representante do Estado Minas Gerais**  
Hércules de Pinho  
**Representante do Estado Mato Grosso do Sul**  
Yvone Maria De Barros Weber Prieto  
**Representante do Estado Mato Grosso**  
Tereza Cristina Jeunon Sousa  
**Presid. e representante do Estado Pará**  
Clovis José Vieira da Silva

**Presid. e representante do Estado Pernambuco**  
Rodrigo Luciano Bandeira de Lima  
**Presid. e representante do Estado Paraná**  
Ana Maria Santana  
**Presid. e representante do Estado Rio de Janeiro**  
Ricardo Donato Rodrigues  
**Representante do Estado Rondônia**  
Robinson Cardoso Machado  
**Presid. e representante do Estado Rio Grande do Sul**  
Elson Farias  
**Presid. e representante do Estado Santa Catarina**  
Flávia Henrique  
**Presid. e representante do Estado Sergipe**  
Denise Santos do Nascimento  
**Presid. e representante do Estado São Paulo**  
Sara Turcotte  
**Representante do Estado Tocantins**  
Raimundo Célio Pedreira  
  
Presidentes de Estaduais, mas que não  
fazem parte do Conselho Diretor  
(delegaram a representação)  
**Presid. do Estado Goiás**  
Roque Gomide Fernandes  
**Presid. do Estado Rio de Janeiro**  
Pedro Lima  
**Presid. do Estado Minas Gerais**  
Leonardo Savassi

## Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Av. 28 de Setembro, 44 - sl 804  
Vila Isabel - Rio de Janeiro, RJ  
Tel/Fax: (21) 2264-5117  
sbmfc@sbmfc.org.br - www.sbmfc.org.br

Reservados todos os direitos de publicação à  
ARTMED/PANAMERICANA EDITORA LTDA.  
Avenida Jerônimo de Ornelas, 670 – Bairro Santana  
90040-340 – Porto Alegre, RS  
Fone (51) 3025-2550. Fax (51) 3025-2555  
E-mail: info@semcad.com.br  
consultas@semcad.com.br  
http://www.semcad.com.br

*Capa e projeto:* Tatiana Sperhacke  
*Diagramação:* Ethel Kawa  
*Editoração eletrônica:* Eska Design + Comunicação  
*Coordenação de processamento pedagógico:* Evandro Alves  
*Coordenação de revisão de processamento pedagógico:* Israel Pedroso  
*Gestão de produção editorial:* Israel Pedroso  
*Secretaria editorial:* Priscila Amaral e Roberta Silveira Carvalho  
*Processamento pedagógico:* Marleni Matte, Giselle Porto Jacques  
e Rita de Lourdes Bernardes Justino  
*Revisão de processamento pedagógico:* Israel Pedroso, Márcia de Borba Alves,  
Cláudia Vanessa Fagundes da Silva e Alane Nerbass Souza  
*Planejamento e controle da produção editorial:* Bruno Bonfati Rios  
*Gerência da produção editorial:* Lisiane Wolff  
*Coordenação-geral:* Geraldo Huff

Diretores Acadêmicos:

**Eno Dias de Castro Filho**

*Médico de Família e Comunidade. Mestrado em Educação.  
Secretário Adjunto de Saúde de Porto Alegre de 1993 a 1997.  
Diretor do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de 2003 a fevereiro de 2005.  
Preceptor do PRM/MFC do SSC/GHC e Diretor Científico da SBMFC.*

**Maria Inez Padula Anderson**

*Preceptora da Residência de Medicina Integral da UERJ.  
Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.*

P964

Programa de Atualização de Medicina de Família e  
Comunidade  
(PROMEF) / organizado pela Sociedade Brasileira de  
Medicina de Família e Comunidade. – Porto Alegre :  
Artmed/Panamericana Editora, 2005.  
17,5 x 25cm.

(Sistema de Educação Médica Continuada a Distância -  
SEMCAD).

1. Medicina – Família – Comunidade. I. Sociedade  
Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. II.  
Título.

CDU 616-084

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023