

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). Professor Saúde Coletiva Universidade Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Ariovaldo Carpaccio Rondelli, 62 anos, casado com **Marilda Pessegueiro Tupi**, 59 anos, O casal tem quatro filhos: **Claudio** (28a), **Marta** (27a), **Tarcísio** (25a) e **Hebe** (24a).

Ariovaldo, que encontra-se restrito ao domicílio depois de ser vítima de ferimento com arma de fogo em assalto que causou lesão medular com paraplegia, aguarda a visita da Dra. Ivana. Enquanto aguarda, pergunta-se: “*Como é a médica? O que ela pode fazer por mim?*”

Tarefa:

Antes de seguir a leitura, descreva seu processo de atendimento no domicílio. Seja o mais detalhista possível, relatando desde o momento em que recebe a solicitação de realizar o atendimento, como se apresenta, como combina a visita, como cumprimenta, onde sentam, como inicia a consulta, que perguntas realiza, enfim detalhes do início ao final do seu atendimento.

Introdução

A prática médica, especialmente na Atenção Primária à Saúde, desenvolvida com a complementação de outros saberes e em atuação multiprofissional, tem seu foco no cuidado das pessoas, famílias e comunidade. A atuação no domicílio partilha das mesmas diretrizes embora em cenário específico.

Dessa maneira, mesmo diante de um avanço tecnológico importante, uma melhora na abordagem às pessoas e por consequência na relação interpessoal entre os profissionais de saúde e as pessoas que recebem a atenção, estabelecido através de uma relação de competência e cuidado, se faz fundamental.

Acrescido a isto, nos últimos anos com o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, profissões que tradicionalmente não atuavam de forma ampla neste cenário do Sistema de Saúde, passaram a fazê-lo, necessitando adaptar-se e incorporar novas tecnologias à sua prática profissional, para desenvolver trabalho efetivo.

Embora o grande desenvolvimento tecnológico ocorrido na área da saúde, com descobertas que trouxeram maiores recursos à solução dos problemas de saúde e maior acesso ao conhecimento, alterando o panorama das doenças e problemas de saúde em geral, também ocorreram outras alterações e mudanças sociais (quadro 1) afetando a relação clínica. Estes aspectos não foram acompanhados de modificações significativas que proporcionassem uma

melhora na abordagem às pessoas e por consequência na relação interpessoal entre os profissionais de saúde e as pessoas que atendem. Acrescido a isto, nos últimos anos com o desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde, profissões que tradicionalmente não atuavam de forma ampla neste cenário do Sistema de Saúde, passaram a fazê-lo, necessitando adaptar-se e incorporar novas tecnologias à sua prática profissional.

ALTERAÇÕES NA SAÚDE QUE AFETARAM A RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA NOS ÚLTIMOS 50 ANOS	MUDANÇAS SOCIAIS QUE AFETARAM A RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA NOS ÚLTIMOS 50 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 capítulo 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 da saúde.

Cabe ressaltar que embora a abordagem centrada na pessoa tenha sido desenvolvida inicialmente para a 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 a aluna 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 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 abertas 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 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 consulta 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.

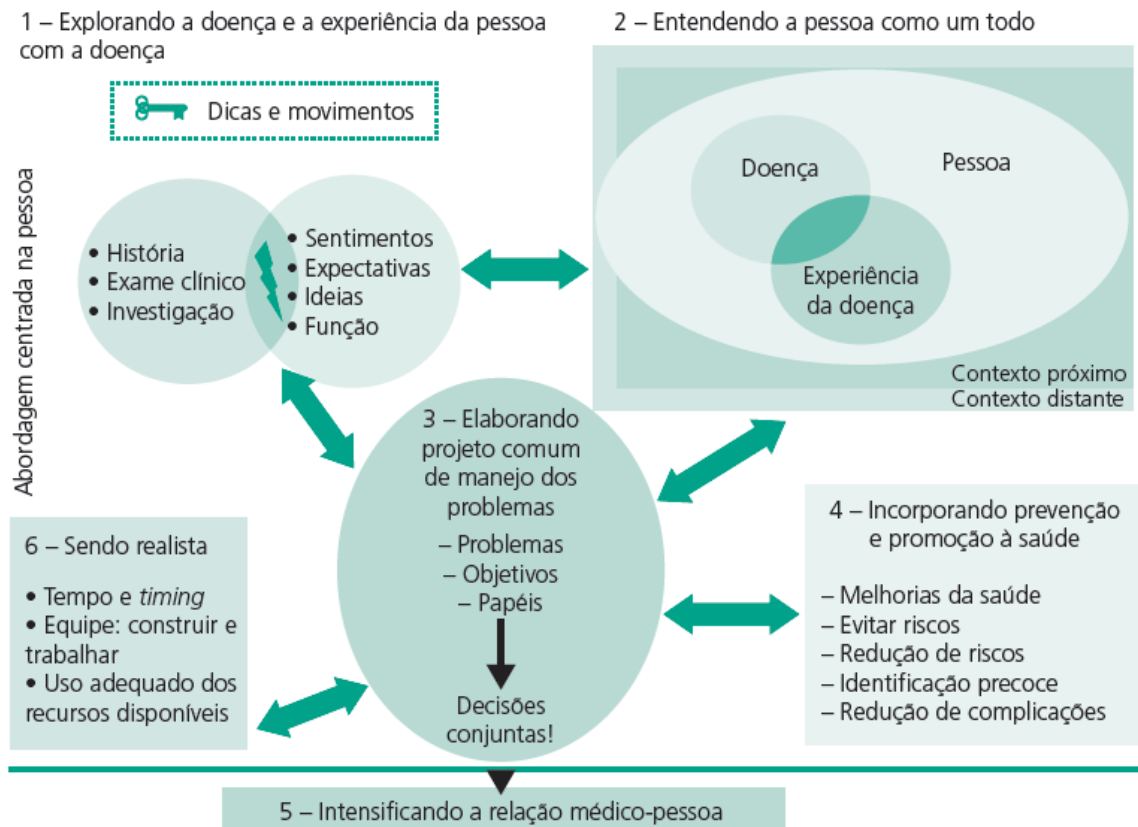
Desenvolvido inicialmente para a prática médica, este modelo de abordagem passou a ser incorporado por outras profissões da saúde, principalmente as que atuam em equipe multidisciplinar na Atenção Primária, em uma troca de saberes e homogeneização de práticas. No Brasil, tem recebido a denominação de 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 à luz da ACP.

O método clínico de abordagem centrado no paciente 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, 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 utiliza-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” do paciente. 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

Dra. Ivana: “- Bom dia Dona Marilda, sou a Dra. Ivana, nos falamos por telefone.”

Dra. Ivana cumprimenta Dona Marilda, apertando a mão, e é conduzida ao interior da residência.

A partir deste momento Dra. Ivana começa assumir o controle do processo de atendimento.

Dra. Ivana: “- Bem, Dona Marilda, antes de irmos conversar com o Sr. Ariovaldo gostaria que a Sra. realizasse um breve relato sobre como estão as coisas e como acredita que eu poderia ajudar”.

D. Marilda: “- Bem Dra. Ivana, a situação não está nada fácil, estou sobrecarregada com os cuidados ao Ariovaldo e da casa... Ele com a paralisia da cintura para baixo, não controla urina e fezes, está desanimado, irritado, não quer sair da cama... tem apresentado febre que os médicos do hospital disseram que é da urina devido as sondagens... Melhorou um pouco com a ajuda da Neiva, minha vizinha que contratamos como cuidadora.”

Dra. Ivana: “- Deve estar sendo difícil para a Sra., toda esta situação.

(Aqui Dra. Ivana utiliza o quinto componente, sendo empática com Dona Marilda).

D. Marilda: “- É”... Não esta sendo nada fácil, pois eramos muito ativos e dividíamos as responsabilidades com a casa. Já passei por isso cuidando do meu pai quando teve AVC, e não é fácil para quem sofre e quem cuida.”

(Marilda compartilha experiência com a doença em situações anteriores).

Dra. Ivana: “- Bem quem sabe vamos conversar com o Sr. Ariovaldo. Gostaria que a Sra. depois de alguma tempo nos deixasse a sós para que possamos conversar. Pode ser?”

Dra. Ivana: “- Bom dia Sr. Ariovaldo, sou a Dra. Ivana, estava conversando com Dona Marilda, e agora estou a sua disposição. Onde posso sentar?”

(Dra. Ivana com isso indica que necessita uma cadeira.

Sr Ariovaldo: “- Bom dia Dra. Ivana, a ACS Josefa me falou que a Sra. viria. Nem tão bom dia, diante de como estou.. Pode sentar-se nesta cadeira ali.”.

(Dra. Ivana pega a cadeira indicada, e a coloca próximo a cama de modo que fique de frente para Ariovaldo)

Dra. Ivana: “- Bem Sr. Ariovaldo, entendo o que esta dizendo, e sei que talvez já esteja cansado de repetir sua historia, mas gostaria que realizasse um breve relato sobre como estão as coisas e como acredita que eu poderia ajudar”.

(Neste momento Dona Marilda, com a desculpa de ir ver algo na cozinha sai do quarto).

Sr Ariovaldo: “- Estou com vários problemas, além é claro de estar inválido e totalmente dependente dos outros. Não tenho apetite, não tenho disposição para sair da cama, não controlo a urina e as fezes... uso fraldas... tenho que fazer essa sondagem de alívio... sai secreção pelo canal da urina... tenho apresentado febre... Estou sentindo um cheiro ruim...”.

Dra. Ivana: “- Ahã! ...Que mais?”

Sr Ariovaldo: “- Para a Sra posso falar: não aguento a Neiva, é estúpida comigo e me xinga! Não digo nada para a Marilda pois sei que precisa de ajuda. Gostaria de me sentir melhor, ajudar de alguma forma”.

Dra. Ivana: “- Entendo...”

Sr. Ariovaldo: “Preciso melhorar... Será que volto a caminhar?”

O primeiro componente envolve o entendimento pelo profissional de dois conceitos de saúde-doença com as pessoas: disease e illness⁵. Esses conceitos são fundamentais para definição do lócus 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;

“...“- Estou com vários problemas,”

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

“...de estar inválido, totalmente dependente dos outros....”

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

“...não aguento a Neiva, é estúpida comigo e me xinga! Não digo nada para a Marilda pois sei que precisa de ajuda. Gostaria de me sentir melhor, ajudar de alguma forma”

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

“... Preciso melhorar... Será que volto a caminhar?”

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 que consulta 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 a pessoa, ao final da consulta, diz algo como: **“Ah! Doutor tem mais uma coisa que eu ia esquecendo:...”,** significando que o médico perdeu as dicas iniciais ou que a pessoa 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 doença periodontal. 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 à 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 expor seu modo de vida como base para entender, diagnosticar e tratar os problemas.

Uma consulta 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 consulta?*

Dra. Ivana: “- Sr. Ariovaldo, o que mais pode me informar sobre seu estado de saúde?

Sr. Ariovaldo: “- Acho que isto é tudo que lembro... E acho que precisaria dar uma olhada nos dentes, fazer uma limpeza talvez...”

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 esquecer de abordar as quatro dimensões da *experiência com a doença* comentados anteriormente. Em geral, os profissionais interrompem precocemente as pessoas, o que representa uma falha no “ir e vir”.

Dra. Ivana: “- Certo, então gostaria agora de examina-lo...”

Dra. Ivana pede permissão para descobrir aos poucos o Sr Ariovaldo, e o examina, constatando a presença de escaras, atrofia muscular e dentes com sinais de má higiene.

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, mas simultaneamente devemos levar em consideração como a doença está afetando aquela pessoa em particular e, a partir disso construir um entendimento integrado.

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

Ao final do exame Dra. Ivana revisa o prontuário e conversa com Sr. Ariovaldo, buscando mais algumas informações sobre ele, tais como sua ocupação, as dificuldades com a higiene. Identifica aspectos da história familiar. Investiga melhor depressão, busca informações sobre a participação dos filhos no cuidado, como está o apoio da empresa, se está em benefício, se recebe amigos...

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 diagnosticar doenças ou assistir resposta à 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 desempenha 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, 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 de importante de informações e para abordagem familiar é a utilização de outras pessoas da família para, pois cerca de um terço das pessoas vai acompanhada às consultas. 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 for mais conveniente.

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

- *Que tipos 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 médico e à pessoa para manejar os problemas

(Dra. Ivana pede permissão para chamar Dona Marilda de volta ao quarto)

Dra. Ivana: “- Bem Sr. Ariovaldo e Dona Marilda, temos alguns problemas para resolver. Gostaria que ouvissem e depois me dissessem se concordam ou não, e se gostariam de acrescentar algum.”

Marilda e Ariovaldo acenam afirmativamente com a cabeça.

Dra. Ivana: “- Identifiquei os seguintes problemas como principais: a higiene oral não esta boa, esta permanecendo muito tempo na cama e na mesma posição, o que acarretou em surgimento de escaras. Estas feridas são responsáveis pelo cheiro que o Sr referiu. Além disso, a sondagem não esta sendo realizada com a frequência necessária e com os cuidados exigidos. Parece-me também que esta deprimido, e muito isolado. Outro problema é a insatisfação com a cuidadora, e a preocupação com a sobrecarga da Dona Marilda. De modo geral é isso, acham que esqueci algo?”.

Sr. Ariovaldo: “- Acho que é isso, Dra. Ivana.”

”Dona Marilda “- Então... A Neiva não esta cuidando bem dele?”

Dra. Ivana: “- É Dona Marilda, infelizmente esta é uma constatação. Se concordam vamos pensar juntos em como resolver estas questões.”

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:

Dra. Ivana: “-É Dona Marilda, infelizmente esta é uma constatação. Se concordam vamos pensar juntos em como resolver estas questões. Vamos buscar soluções. Também vou discutir a situação com a Equipe, pois algumas questões necessitam o envolvimento de outros profissionais. E também vamos precisar envolver seus filhos”.

Ambos, Ariovaldo e Marilda sinalizam que sim.

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, lembrando assim ao médico para incorporar idéias, 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 clínica?*

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 medicação e redução de exames e encaminhamentos, e promover a aderência ao tratamento.

É crucial num primeiro passo definir identificar os problemas construindo uma lista de problemas² a serem manejados, através de um diagnóstico ou tranquilização, 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 têm antes de apresentarem-se à consulta. Constroem um modelo explicativo para suas 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

Dra. Ivana leva o caso para discussão na Equipe, e depois acompanhada do Enf. Julio retorna para propor intervenções aos problemas identificados.

As dificuldades na relação surgem quando o médico 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 escovação?”*
- 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 em lembrar de aplicar o fluor.*
 - *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 médico 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 da medicação abaixo do esperado para a dose de medicação prescrita;
- ausência de um efeito esperado com o uso da medicação 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 considerado, pois quando a pessoa está recebendo cuidado de múltiplos profissionais de saúde, ela pode assumir diferentes papéis e relacionamentos com cada um desses profissionais.

Decisões conjuntas -

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

- *“Você tem uma inflamação na gengiva...”*
- *“Existem possibilidades de seus sintomas serem..., 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 do manejo conjunto.

Quadro 7 - GRADE PARA DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS (4)

Tema	Pessoa	Profissional/equipe
Problemas		
Objetivos		
Regras		

4º Componente – Incorporando prevenção e promoção da saúde na prática diária

Dra. Ivana e Enf. Júlio fazem uma abordagem conjunta aos aspectos relevantes em termos de prevenção para Ariovaldo: alimentação, cuidados com a sondagem, mudança de decúbito, exames de laboratório, mobilização no leito e fora dele, retomada de vida social.

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.

5º Componente - Intensificando a relação profissional-pessoa

Dra. Ivana realiza visita domiciliar de acompanhamento ao Sr Ariovaldo.

Dra. Ivana: “- Boa tarde, Sr. Ariovaldo, em que posso ajuda-lo hoje?”

Silêncio. Olhando para o teto, **Sr. Ariovaldo** responde: “- Tudo igual, nenhuma novidade...”.

Dra. Ivana: “- É impressão minha ou esta chateado hoje?”.

Sr. Ariovaldo “- Ahhh Dra. Ivana, hoje estou mais triste... (Chora)”.

Dra. Ivana: “- Fale mais sobre isso e vamos ver como consigo ajuda-lo...”.

Sr. Ariovaldo “- Havia tido uma melhora com as mudanças que fizemos, estava mais animado, mas agora estão voltando aqueles sintomas de desanimo, insônia, irritação, tristeza e vontade de morrer.”

Dra. Ivana: “- Bem, acho que isso é importante e vamos precisar tratar...”

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 pratica clínica. 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 colocando a si mesmo e seu relacionamento a trabalhar para 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 auto-conhecimento;
- Reconhecer e utilizar a transferência e contratransferência.

6º Componente - Sendo realista.

Dra. Ivana identifica que Neiva é uma cuidadora incompetente e abusiva com Sr. Ariovaldo.

Dra. Ivana: “- Bem, com relação a situação do cuidado do Sr. Ariovaldo sugiro que realizemos uma conferencia familiar para tratar da escolha do cuidador, da participação de seus filhos, e sobrecarga de Dona Marilda”.

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 que privilegie a pessoa e sua autonomia na busca de um cuidado significativo passa por fazer uma consulta 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

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 diagnóstico da pessoa. Apesar de parecer simples e óbvio, esse é o desafio, 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 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.

A abordagem centrada na pessoa tem sido usada não apenas para melhorar o cuidado, mas também no ensino. Um ensino centrado no aluno é uma maneira de proporcionar aos estudantes de uma formação mais adequada às suas necessidades de aprendizagem. Mesmo tendo iniciado na medicina, já se observa sua utilização por outras áreas da saúde, e a validade de seu impacto já tem surgido em revisões.

1- Referências:

1. GUSSO, G., LOPES, José Mauro. C. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Porto Alegre : ARTMED, 2012, v.2. p.1354.

2. GUSSO, G., LOPES, José Mauro. C. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Porto Alegre : ARTMED, 2013, v1. CAP 13
3. LOWN, Bernard. **A arte perdida de curar**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997
4. 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.
5. 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>
6. Jenkins L, Britten N, Barber N, Bradley CP, Stevenson FA. Consultations do not have to be longer. *BMJ*. 2002 Aug 17;325(7360):388.
7. 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
8. STEWART, Moira. Medicina centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico, Porto Alegre: ARTMED, 2010.
9. MCWHINNEY, Ian R. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
10. STEPHENSON. **A textbook of general practice**. London: Arnold, 1998
11. CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 306, p. 639-645, 1982.
12. CHIN, J. J. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 43, n. 3, p. 152-155, 2002.
13. 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.

14. HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
15. JENKINS, Linda et al. Consultations do not have to be longer. **BMJ**, London, v. 325, p. 388, 2002.