

O método clínico centrado na pessoa

Um resumo

FUZIKAWA, A. K. O método clínico centrado na pessoa: um resumo. Belo Horizonte: [s.n.], 2013.

“O bom médico trata a doença
Mas o grande médico trata a pessoa com a doença.”
Sir William Osler.

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) surgiu da demanda das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças. Alguns médicos, como Michael Balint, psiquiatra húngaro que se radicou na Inglaterra, percebiam a influência de fatores de cunho pessoal e subjetivo no eventual sucesso da terapia proposta. No modelo biomédico tradicional, esses fatores tendem a ser pouco explorados. Os efeitos da relação médico-paciente ao longo da trajetória terapêutica eram pouco estudados e conhecidos. O MCCP veio a ser desenvolvido a partir dos estudos de Ian McWhinney e Moira Stewart, do Canadá e Joseph Levenstein, da África do Sul, sobre os atendimentos médicos e os motivos que levavam as pessoas a buscar atendimento. O termo usado para designá-lo inicialmente foi o de Medicina Centrada na Pessoa, mas hoje em dia se reconhece que o método tem amplo potencial de aplicação pelos profissionais de saúde em geral, independentemente de sua formação. De forma crescente, a abordagem centrada na pessoa está sendo reconhecida como um parâmetro importante da qualidade assistencial.

Quais são os resultados da aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa? Stewart aponta que, quando comparada a modelos tradicionais, a abordagem centrada na pessoa apresenta mais resultados positivos, tais como:

- maior satisfação das pessoas e dos médicos;
- melhora na aderência aos tratamentos;
- redução de preocupações e ansiedade;
- redução de sintomas;
- diminuição na utilização dos serviços de saúde;
- diminuição das queixas por má prática;
- melhora na saúde mental;
- melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes.

O Método propõe, em seus diversos componentes, um conjunto claro de orientações para que o profissional de saúde consiga uma abordagem mais centrada na pessoa. Ele está estruturado em seis componentes, que são complementares entre si. O profissional experiente é capaz de perceber o momento adequado para lançar mão de um ou outro dos componentes, de acordo com o fluir da sua interação com a pessoa que procura atendimento. Os componentes propostos por Stewart e colaboradores são os seguintes:

1) Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença:

- avaliando a história, exame físico, exames complementares;
- avaliando a dimensão da doença: sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas da pessoa.

2) Entendendo a pessoa como um todo, inteira:

- a pessoa: sua história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento;
- contexto próximo: sua família, comunidade, emprego, suporte social;
- contexto distante: sua comunidade, cultura, ecossistema.

3) Elaborando um projeto comum de manejo:

- avaliando quais os problemas e prioridades;
- estabelecendo os objetivos do tratamento e do manejo;
- avaliando e estabelecendo os papéis da pessoa e do profissional de saúde.

4) Incorporando a prevenção e a promoção de saúde:

- promovendo melhorias de saúde;
- evitando ou reduzindo riscos;
- identificando precocemente os riscos ou doenças;
- reduzindo complicações.

5) Fortalecendo a relação médico-pessoa:

- exercendo
- a compaixão;
- a relação de poder;
- a cura (efeito terapêutico da relação);
- o autoconhecimento;
- a transferência e contratransferência.

6) Sendo realista:

- observando o tempo e o timing;
- construindo e trabalhando em equipe;
- usando adequadamente os recursos disponíveis.

1) O PRIMEIRO COMPONENTE – EXPLORANDO A DOENÇA E A EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM A DOENÇA

Uma premissa importante para o Método Clínico Centrado na Pessoa é de que existem diferenças entre aquilo que chamamos de **doença** (“disease”) – ou seja, as alterações bioquímicas, celulares, dos tecidos ou órgãos que se manifestam na forma de sintomas e sinais – e a vivência absolutamente única de cada pessoa com a doença. Esse processo individual pode ser denominado **adocimento**, ou **doença experiência**. Ele decorre da complexa interação das crenças da pessoa com sua vivência corporal e sua interação com o ambiente, incluindo aí o contexto familiar e psicossocial.

O modelo tradicional de abordagem, geralmente chamado de “modelo biomédico”, utiliza os sintomas e sinais apresentados pelo paciente como indicadores de alterações no

organismo afetado. Com base na análise desses sintomas e sinais, o profissional elabora um raciocínio clínico, para chegar a um diagnóstico correto da patologia causadora. Esse diagnóstico permitiria a seleção do tratamento adequado, para “combater a doença” e restaurar o equilíbrio do organismo para o “normal”, ou o mais próximo possível dele.

Entretanto, como mostra a Figura 1, uma pessoa pode ser portadora de uma doença sem manifestar sintomas, sinais ou adoecimento – como no caso de um hipertenso assintomático ou daquele com uma neoplasia oculta, desconhecida. No outro extremo, uma pessoa poderá padecer de um intenso processo de adoecimento, sem estar doente no sentido tradicional da palavra – um indivíduo com uma perda próxima recente, por exemplo. É nesse contexto interpretativo ampliado que se insere o MCCP.

Figura 1 – Conceito de “doença” versus “adoecimento”

		Adoecimento	
		Sim	Não
Doença	Sim	Infarto agudo do miocárdio	Hipertensão arterial assintomática
	Não	Perda familiar próxima recente	Rigidez

A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA:

Para entender melhor a experiência da pessoa em relação à doença, o profissional de saúde deve estar atento a sinais e indicações dadas pelas pessoas durante o atendimento. Deve-se indagar que fatores levaram uma determinada pessoa a buscar atendimento naquele momento específico. Muitas vezes, esses fatores poderão ser tão esclarecedores do processo que a pessoa vive quanto o próprio diagnóstico clínico.

Lang e colaboradores afirmam que as pistas e os sinais emitidos pelas pessoas que buscam atendimento, na forma de enunciados ou comportamentos, são importantes porque refletem suas ideias subjacentes, preocupações e experiências. Podem surgir na forma de

- expressão (verbal ou corporal) de sentimentos (muitas vezes preocupação, medo ou aflição);
- tentativas de entender ou explicar os sintomas;
- pistas na fala que salientam preocupações pessoais;
- histórias pessoais que revelam ligações da pessoa a condições médicas ou fatores de risco;
- comportamentos que sugerem preocupações não resolvidas ou expectativas (por exemplo, resistência a aceitar recomendações, busca de segunda opinião, solicitação repetida de consultas a curto prazo).

Além de estar atento a essas pistas, propõe-se que os profissionais avaliem quatro dimensões da experiência da doença (lembradas pelo acróstico **SIFE**):

- 1) Os **sentimentos** das pessoas a respeito de seus problemas. Por exemplo, ela teme que os sintomas manifestados possam indicar uma doença mais séria, como um câncer?
- 2) As suas **ideias** sobre o que está errado. Embora às vezes a ideia que uma pessoa faz de um sintoma seja bastante objetivo – “será que essa cólica é uma pedra no rim?“, às vezes, outros encaram problemas de saúde como punições, ou até como uma oportunidade, de forma muitas vezes inconsciente, de se tornar dependente e ser cuidado.
- 3) Os efeitos da doença no **funcionamento** da pessoa. Haverá limitações nas atividades diárias? Será necessário ficar afastado do trabalho? Prejudica a qualidade de vida?
- 4) Quais são as **expectativas** da pessoa. O que espera do médico? A dor de garganta deve ser tratada com antibióticos?

A sensação de vulnerabilidade trazida pelas doenças, os aspectos específicos de uma dada patologia, ou mesmo a formação pessoal podem, por vezes, levar alguns pacientes a dificuldades ou impossibilidade de expressarem claramente suas dúvidas e angústias. Torna-se importante o exercício da escuta ativa, como ferramenta para ajudar a desvendar aspectos eventualmente ocultos pelas manifestações físicas.

2) O SEGUNDO COMPONENTE – ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO, INTEIRA

Este é, talvez, o componente mais importante do Método Clínico Centrado na Pessoa. Cassell (1991, apud Stewart, 2010) observa que as doenças de alguém são apenas uma das dimensões da sua condição de pessoa, portanto são uma forma restrita de entender a experiência da doença e o sofrimento que a pessoa sente.

O entendimento da pessoa como um todo melhora a interação do médico com a pessoa sendo cuidada e pode ser muito útil quando os sinais e sintomas não apontam uma doença claramente definida, ou quando a resposta a uma experiência de doença parece exagerada ou fora de propósito.

Avivência das pessoas é profundamente influenciada pelas fases de seu desenvolvimento. Por exemplo, uma mulher de meia idade, com múltiplos papéis como esposa, mãe, filha e trabalhadora certamente estará vivendo um contexto muito complexo. Portanto, o estágio das pessoas nos ciclos de vida, as tarefas e os papéis que assumem influenciam no tipo de atendimento que buscarão, bem como no seu envolvimento com o processo de saúde/doença. O entendimento desses fatores ajudará o profissional de saúde a enxergar problemas pessoais não apenas como fenômenos isolados.

Em qualquer contexto, a experiência de uma doença séria costuma vir associada com um grau de sofrimento significativo, e grande parte dele muitas vezes não é físico e sim espiritual. Os avanços científicos que modificaram os cuidados de saúde aumentaram o

foco na cura e na tecnologia, em detrimento dos aspectos humanitários e de compaixão do cuidado.

Conforme relata Puchalski, muito do sofrimento associado ao adoecer e à vulnerabilidade ou à perspectiva de morte se dão pela nossa incapacidade de responder a algumas das perguntas fundamentais do ser humano: “Quem sou eu? O que dá valor à minha vida? Qual o meu destino final?” Ou ainda: “Por que isso aconteceu comigo? Por que eu? O que eu fiz para merecer isso? O que vai acontecer comigo? Eu conseguirei ver meus filhos crescerem, meus sonhos se realizarem?”

Para essas perguntas nunca haverá uma resposta única, pois elas são extremamente pessoais. Como lembra Stewart, apesar de sua enorme importância, justamente pelo fato de serem muito íntimas, elas podem não ser discutidas com qualquer outra pessoa, nem mesmo com familiares ou amigos muito próximos. Tais perguntas, se não respondidas, podem levar a um sentimento de isolamento. Nesse caso, justamente no momento de maior vulnerabilidade, a pessoa pode ficar sozinha com dúvidas fundamentais e grandes preocupações, quando mais necessitaria de compartilhá-las. Mostrar abertura para que a pessoa manifeste essas questões, ouvir atentamente e sem julgamento é parte da abordagem centrada na pessoa.

AS DIMENSÕES DO CONTEXTO:

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

As dimensões do contexto podem ser divididos em proximais – a família, educação, questões financeiras, emprego, lazer, suporte social – e em distais – a comunidade, a cultura, geografia, economia, sistema de atendimento à saúde, meios de comunicação. É importante para o profissional da saúde explorar essas dimensões do contexto, embora seja difícil e, por vezes, pouco produtivo fazê-lo numa única consulta. No tocante a essa questão, uma das atribuições da atenção primária, a da longitudinalidade, favorece o conhecimento progressivo do contexto da pessoa.

3) O TERCEIRO COMPONENTE – ELABORANDO UM PLANO CONJUNTO DE MANEJO DOS PROBLEMAS

O Método Clínico Centrado na Pessoa propõe que se elabore um plano conjunto de manejo dos problemas. Nesse processo, a pessoa atendida e o profissional de saúde procuram alcançar um entendimento mútuo e estabelecer uma concordância em três áreas-chave: a definição do(s) problema(s), o estabelecimento de prioridades e metas para o tratamento ou manejo da doença e a identificação dos papéis que cada um deve assumir.

Britten *et al.* (2000) mostraram que, para o estabelecimento de um plano conjunto de manejo dos problemas, é fundamental que haja antes a avaliação da experiência da doença da pessoa, seguindo os tópicos de sentimentos, ideias, efeitos na função e expectativas (SIFE) descritos no componente 1) acima.

Ao discutir com a pessoa aquilo que percebe como sendo um problema, é importante que o profissional utilize uma linguagem que ela possa entender, evitando termos técnicos complicados. As pessoas devem ter tempo e se sentirem à vontade para esclarecer suas dúvidas, e não se sentirem envergonhadas pela sua falta de conhecimento técnico acerca do seu estado de saúde.

Após chegarem a um entendimento mútuo sobre o(s) problema(s), o próximo passo é avaliar as metas e prioridades do tratamento e manejo. Se estas forem divergentes, encontrar um planejamento conjunto poderá se tornar um desafio. Muitas vezes, o que o profissional de saúde chama de “não adesão ao tratamento” pode ser uma forma de a pessoa expressar sua discordância com o tratamento ou com as metas estabelecidas. É importante atentar ao fato de que diversos comportamentos, tais como a hesitação em expressar algo, ou a repetição reiterada de determinada palavra ou termo, dentre outros, podem sinalizar questões que não se tornaram explícitas e que não foram ainda abordadas.

Quando houver desacordo, o profissional deve evitar conflitos pelo poder, preferindo, em vez disso, escutar as preocupações e opiniões da pessoa, e não simplesmente rotulá-la de desobediente. Colocações como “Gostaria de saber seu ponto de vista, principalmente porque você terá de conviver com as nossas decisões sobre seu tratamento”, “você vê alguma dificuldade em seguir esta proposta? Há algo que possa ser feito para que este tratamento fique mais fácil de seguir? Você precisa pensar mais a respeito disso?” são importantes para abrir espaço para a construção comum das metas e prioridades do tratamento.

O uso da escuta ativa é ferramenta importante para se conseguir tal objetivo. Ela deve ser feita não apenas com vistas à realização do diagnóstico diferencial, mas também para perceber as verdadeiras preocupações e interesses da pessoa.

Para finalizar a construção de uma proposta comum de tratamento, é necessário que se negocie de forma clara quais papéis e tarefas deverão ser desempenhadas/realizadas pelos profissionais de saúde e quais pela pessoa/pelos cuidadores. Deve-se sempre buscar a descoberta/transmissão de informações e o treinamento de capacidades que permitam à pessoa maior autonomia no seu cuidado, embora em alguns casos ela possa assumir uma postura menos ativa, aguardando que o profissional lhe diga o que fazer. O grau de responsabilidade que uma pessoa assume também pode variar conforme o próprio estado de saúde

O uso de uma tabela como esta, proposta por Stewart e colaboradores, pode ser de auxílio na procura de um plano conjunto de manejo dos problemas:

TÓPICO	PARA A PESSOA	PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE
Problemas		
Metas		
Papéis		

Ao final, é produtivo que o profissional de saúde repasse com a pessoa o entendimento e a concordância quanto ao que foi estabelecido.

Em suma, a elaboração de um plano comum de manejo parte da relação do profissional com a pessoa que busca atendimento. Essa relação ocorre a cada encontro e tende a se fortalecer ao longo do tempo.

4) O QUARTO COMPONENTE – INCORPORANDO A PREVENÇÃO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE

A OMS definiu a promoção da saúde como “o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la” (1986). Já a prevenção de doenças tem por objetivo reduzir o risco de uma doença. As estratégias de prevenção de doenças se dividem em: evitar riscos (prevenção primária), reduzir riscos (prevenção secundária) e identificar precocemente e reduzir complicações (prevenção terciária). Poderia ainda ser incluída a prevenção quaternária (vide Norman e Tesser), voltada para reduzir ou evitar os danos causados pelo intervencionismo excessivo nos cuidados de saúde (iatrogenia).

A prevenção de doenças e a promoção da saúde na visão centrada na pessoa começa pelo entendimento da pessoa como um todo. O profissional deve avaliar seis aspectos do mundo da pessoa: a experiência dos determinantes mais amplos de saúde ao longo da vida, a doença atual e as potenciais, a experiência de saúde e de doença, o potencial para a saúde, o contexto e o relacionamento entre a pessoa e o profissional.

A proposta é a de uma abordagem educacional voltada para a pessoa/aprendiz. O profissional procura desencadear na pessoa/aprendiz reflexões críticas por meio do

diálogo, levando à conscientização sobre seu potencial para a saúde e para a promoção de saúde, e sobre as ameaças à saúde inerentes ao seu padrão de vida atual. O profissional ajuda a pessoa a avaliar as suas práticas e os valores, necessidades, motivos e expectativas que permeiam essas práticas. Nesse processo, o próprio profissional de saúde se torna aprendiz, coletando dados que o ajudarão na condução/pactuação do tratamento e adquirindo experiência em cada processo único de interação entre pessoas.

5) O QUINTO COMPONENTE – INTENSIFICANDO O RELACIONAMENTO ENTRE A PESSOA E O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Como dito anteriormente, todo relacionamento entre pessoas é único, e pode ser visto como uma troca que ocorre entre esses indivíduos. Essa troca envolve atenção, sentimentos, confiança, poder e sensação de objetivo. Num relacionamento entre uma pessoa que busca um atendimento e um profissional de saúde, o propósito é ajudar a pessoa. O próprio relacionamento tem em si dimensões terapêuticas e pode promover a melhoria do senso de autoeficácia das pessoas (isto é, o senso de controle sobre si mesmo e sobre o seu mundo) ou mesmo a cura, desde que bem trabalhado.

Certos atributos, como a empatia, a compaixão e o cuidado, devem ser cultivados nos relacionamentos entre pessoas e profissionais de saúde, pois aumentam as chances de que a relação contribua para o projeto terapêutico acordado entre elas. O cuidado foi definido como um processo que inclui oito conceitos: estar presente, conversar, ter sensibilidade, agir no melhor interesse do outro, sentimento, ação e reciprocidade (TARLOW, 1996 *apud* STEWART *et al.*, 2010). O cuidado implica total presença e envolvimento do profissional com a pessoa.

A percepção das relações de poder nas interações entre os profissionais e as pessoas que buscam atendimento também é muito importante e exige do profissional um alto grau de autoconsciência e autoconhecimento. Isso requer conhecer bem seus pontos fortes e fracos. Por exemplo, que elementos ou situações emocionais nos levam a responder negativamente a certas pessoas? O autoconhecimento, além de contribuir muito para uma relação saudável entre pessoa e profissional, também ajuda este último a evitar desgastes desnecessários no exercício diário da sua atividade. A jornada do autoconhecimento não termina, requerendo do profissional paciência, persistência, capacidade de reflexão e resiliência.

6) O SEXTO COMPONENTE – SENDO REALISTA

Uma das características que vai favorecer a avaliação de questões complexas e pessoais é a possibilidade de acompanhar a pessoa em várias consultas ao longo do tempo. Não é realista querer lidar com todos os problemas de cada pessoa a cada consulta, porém é necessário reconhecer quando a pessoa necessita de mais tempo, e acordar

possibilidades de atendimento que satisfaçam ambas as partes. Na maioria das vezes, mesmo aquelas pessoas com múltiplas demandas numa consulta concordarão em abordar as mais prioritárias num primeiro momento, desde que fique claro que existirão momentos posteriores em que terão oportunidade de abordar as demais questões.

O timing se refere ao momento correto para abordar determinada questão, bem como à prontidão da pessoa em compartilhar certas preocupações e experiências com os profissionais.

O ser realista implica ainda reconhecer que, para se obter um cuidado mais abrangente, em muitas situações é necessário o trabalho em equipe interdisciplinar. Isso ocorre nas condições crônicas, de um modo geral. Na literatura, o trabalho colaborativo interdisciplinar é definido como um processo negociado entre iguais, caracterizado por mutualidade, respeito e confiança, que permite a autorrevelação adequada sem desconforto. Portanto, as equipes interdisciplinares são compostas por duas ou mais disciplinas que participam, de forma ativa e contínua, de um processo de comunicação, planejamento e ação conjunta para chegar a metas compartilhadas. Para tanto, é necessário que os profissionais tenham o entendimento e a valorização das competências, perspectivas e do âmbito da prática de cada um. Isso contrasta com o trabalho multidisciplinar, em que as ações ocorrem em paralelo, o que pode levar à fragmentação do cuidado.

Por fim, ser realista em tempos de restrição econômica implica a necessidade de se utilizarem os recursos disponíveis do sistema de saúde (inclusive o tempo dos profissionais) de forma inteligente.

CONCLUSÃO

O progresso na capacidade tecnológica para realizar diagnósticos não se traduz paralelamente no aumento da satisfação dos usuários com o atendimento, aliás, frequentemente ocorre o contrário. Os profissionais em geral estão mais preocupados com as doenças, enquanto os usuários estão preocupados com o próprio sofrimento. Quanto mais tecnologia, mais afastamento da experiência da pessoa com a doença e, sobretudo, da avaliação das queixas sem uma correspondência física mensurável. Desse contexto, e do desejo das pessoas de serem compreendidas de forma mais integral, surgiu a abordagem centrada na pessoa, como forma de ajudar os profissionais da saúde a entender as pessoas de uma forma que fosse além dos aspectos estritamente orgânicos. O Método Clínico Centrado na Pessoa, com seus seis componentes, pretende sistematizar uma forma de atendimento que privilegie a compreensão da pessoa de forma inteira, melhorando os resultados e a satisfação de todos.

A sua aplicação depende de uma forma de atuar sistemática e reflexiva, lançando mão dos diversos componentes conforme a necessidade/espço, em momentos diferentes da interação com as pessoas que buscam atendimento, e não como uma sequência rígida preestabelecida.

REFERÊNCIAS:

BERTAKIS , K. D.; AZARI, R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. **J Am Board Fam Med**, v. 24, n. 3, p. 229-239, 2011.

BRITTEN, N. et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. **BMJ**, v. 320. p. 484-8, 2000.

LANG, F.; FLOYD, M. R.; BEINE, K. L. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. **Arch. Fam. Med.**, v. 9, n. 3, p. 222-7, 2000.

MEAD , N.; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Soc. Sci. Med.**, v. 51, p. 1087-1110, 2000.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pub.**, v. 25, n. 9, p. 2012-20, 2009.

PUCHALSKI, C. The spiritual dimension: the healing force for body and mind. Porto: UFP, [2004]. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/777/2/173-195%20Cons-Ciencias%2002-4.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2013.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Health promotion**: concept and principles in action – a policy framework. London: WHO, 1986.