



DESAFIOS DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL

THAISA GABRIELE RODRIGUES SIQUEIRA; DOUGLAS FERREIRA LIMA;
THAMIRES EMYLE RODRIGUES SIQUEIRA BORGES LOBO; FELIPE BORGES LOBO

RESUMO

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) foi desenvolvido por uma abordagem em que médico e paciente estão profundamente interligados, permitindo que o médico se envolva completamente nas preocupações do paciente, substituindo a ideia de um médico imparcial e distante da pessoa que o procura. O objetivo é mostrar e debater os desafios encontrados para a aprendizagem e a aplicação do MCCP na Atenção Primária de Saúde (APS), além dos demais serviços de saúde pública e privada no Brasil, a fim de refletir e procurar melhores intervenções para os problemas apresentados. Por se tratar de um estudo de revisão bibliográfica sobre o tema: os desafios do MCCP na Atenção Primária de Saúde no Brasil, foram selecionadas revistas brasileiras, capítulos de livros, livros e artigos científicos do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e SciELO, datados no período de 2004 a 2023 e apenas na língua portuguesa. A formação de ensino médico geral brasileiro, as aptidões de comunicação são passadas como parte das disciplinas de habilidades clínicas, mas não segue com devida importância até ao final do curso, perdendo espaço gradativamente. O ambiente clínico real é mais desafiador, exigindo dos estudantes a aplicação de técnicas como perguntas abertas e escuta ativa, e tal complexidade pode dificultar a aplicação dessas habilidades aprendidas em sala de aula, e, devido a isso, o modelo de atendimento clínico biomédico, focado na doença, ainda prevalece nas instituições acadêmicas e se perpetua a prática profissional dos já atuantes no mercado de trabalho. Tal cenário resulta, na maioria das vezes, em baixa resolutividade e em frequentes retornos dos pacientes, aumentando ainda mais a pressão e a demanda sobre os serviços de saúde. Logo, o Governo brasileiro tomou uma iniciativa com o programa o Humaniza-SUS, que gera uma compreensão mais completa do paciente e de suas necessidades. Esse programa, impõe uma formação que reflete nas atitudes e comportamentos adotados na relação médico-paciente, em que contempla toda a base do MCCP.

Palavras-chave: Relações Médico-Paciente; Educação Médica; Assistência Centrada no Paciente; Guia de Prática Médica; Atenção Básica de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O conceito do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) foi estabelecido em 1968 pelo Dr. Ian R. McWhinney, do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western (Ontário). Ele dedicou-se a compreender o verdadeiro motivo a qual as pessoas vão a consultas médicas, lançando as bases para investigações abrangentes dos problemas enfrentados pelas pessoas, incluindo aspectos físicos, sociais e psicológicos. Sua orientanda, Moira Stewart, também desempenhou um papel significativo ao concentrar sua pesquisa de

doutorado na relação médico-paciente, contribuindo para o desenvolvimento do modelo de prática clínica padrão (STEWART et al., 2017).

Os estudos de Newman e Young influenciaram o MCCP, ressaltando a importância de o médico capacitar o paciente e compartilhar o poder na relação, abdicando do controle tradicional. Argumentam que uma postura estritamente objetiva resulta em insensibilidade ao sofrimento humano. Sendo centrado na pessoa, requer um equilíbrio entre compreensão subjetiva e objetividade, promovendo um encontro entre mente e corpo (MANDIA & TEIXEIRA, 2023; STEWART et al., 2017).

Os autores do MCCP refinaram o conceito de cuidado, que implica na presença total e no comprometimento do médico com o paciente. Substituíram a ideia de um médico imparcial e emocionalmente distante por uma abordagem em que médico e paciente estão profundamente interligados, permitindo que o médico se envolva completamente nas preocupações do paciente (STEWART et al., 2017).

As doenças infecciosas, que antes eram tratadas com intervenções médicas de efeito imediato, estão sendo substituídas por doenças crônico-degenerativas, principalmente, na Atenção Primária de Saúde no Brasil. Agora, o foco está em encontrar estratégias de tratamento que melhorem a qualidade de vida, com terapias de longa duração que exigem a participação ativa do paciente. Nesse contexto, o relacionamento entre médico e paciente torna-se crucial para a adesão ao tratamento e o sucesso das intervenções (SUCUPIRA, 2007). Os desafios para a aprendizagem e para o ensino desse modelo abrangem aspectos pessoais, e organizacionais profissionais. Um interfere no outro. Logo, as soluções não são simples e devem abordar de maneira conjunta os desafios educacionais (STEWART et al., 2017).

Portanto, o objetivo deste trabalho é mostrar e debater os desafios encontrados para a aprendizagem e a aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa na Atenção Primária de Saúde (APS), além dos demais serviços de saúde pública e privada no Brasil, para que assim seja possível refletir em intervenções eficazes para uma melhor resolução dos problemas apresentados.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

É um estudo de revisão bibliográfica sobre o tema: os desafios do método clínico centrado na pessoa na Atenção Primária de Saúde no Brasil, datados no período de 2004 a 2023, por meio de revistas brasileiras, capítulos de livros, livros e artigos científicos do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e SciELO. Foram selecionados 11 trabalhos publicados da língua portuguesa e excluídos qualquer outro trabalho de língua estrangeira para obtenção dos dados científicos, em que as palavras-chave foram utilizadas como norteamento ao tema.

3 DISCUSSÃO

Segundo o autor Stewart e colaboradores (2017), destaca que o MCCP hoje se baseia em quatro componentes interativos primordiais, que são:

I) **Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença:** Envolve compreender as experiências e percepções individuais da saúde e da doença, abrangendo histórico médico, exames complementares, exame físico e aspectos emocionais, como ideias, sentimentos, expectativas e impacto no funcionamento.

II) **Entendendo a pessoa como um todo:** considerar a pessoa em sua totalidade, incluindo: questões pessoais, história de vida e de desenvolvimento, bem como seu contexto próximo (apoio social, família, trabalho) e amplo (comunidade, cultura).

III) **Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas:** elaborar com o paciente o plano e manejo de conduta, para identificar problemas e prioridades, estabelecer metas de tratamento ou manejo e definir os papéis do paciente e do médico no processo.

IV) Intensificação da relação entre a pessoa e o médico: em que destaca a importância da construção da dimensão subjetiva do profissional de saúde, gerando cura, esperança, compaixão, empatia, poder, autoconhecimento e sabedoria prática.

Contudo, ainda de acordo o autor Stewart et (2017), há desafios que impactam diretamente na execução desses 4 pilares, como: a complexidade não reconhecida da comunicação entre a pessoa e o médico; a natureza da prática clínica; o desconforto com a elaboração de um plano conjunto de manejo do aprendizado; e a ênfase exagerada no modelo médico convencional.

Na atual educação médica, há uma busca por aprimorar as estratégias educacionais para cultivar atitudes que promovam o cuidado centrado na pessoa e melhorem o desempenho dos estudantes nessa área. No entanto, é notável que o modelo de atendimento clínico biomédico, focado na doença, ainda prevalece nas instituições acadêmicas do Brasil (FRANÇA et al., 2015).

Nos primeiros anos da faculdade de medicina brasileira, as aptidões de comunicação são ensinadas como parte das disciplinas de habilidades clínicas, incluindo simulações de cuidado como atividade prática e vivências nas primeiras camadas de acesso a saúde. Contudo, ironicamente, tal disciplina não segue com devida importância até ao final do curso, perdendo espaço gradativamente. Conforme os anos avançam na formação, o ambiente clínico real é mais desafiador, exigindo dos estudantes a aplicação de técnicas como perguntas abertas e escuta ativa, além da realização de exames físicos e planos de manejo colaborativos, e tal complexidade pode dificultar a aplicação dessas habilidades aprendidas em sala de aula, pois não são evidenciadas durante toda a formação acadêmica (STEWART et al., 2017; GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2004).

É muito importante que os alunos de medicina estejam cientes de como seus valores e emoções podem influenciar sua prática, pois a crença que se deve deixar o lado emocional distante do ambiente de consulta, pode limitar a exploração de questões importantes e resultar em interações menos empáticas com os pacientes (STEWART et al., 2017). Ao incentivar o aprimoramento das competências de comunicação, os estudantes são capacitados a ver além da condição médica, possibilitando uma prática clínica voltada para o cuidado integral da pessoa (DEMARZO et al., 2012).

Uma abordagem de ensino conhecida como Prática Médica na Comunidade (PMC) na APS é utilizada para desenvolver as competências do MCCP. Seu objetivo é transferir o aprendizado dos alunos para o ambiente comunitário, levando em consideração a diversidade da população brasileira atendida. Isso permite que os alunos tenham contato com diferentes contextos de prática, alinhados com as realidades sociais, econômicas e culturais, o que facilita a compreensão e a aplicação do MCCP (JUNQUEIRA et al., 2021).

A prática clínica já é desafiadora o suficiente ao lidar com o diagnóstico e tratamento da doença. Para os médicos, considerar também as perspectivas dos pacientes e seu contexto social pode parecer uma carga adicional, especialmente para os iniciantes. A falta de sono, as longas horas de trabalho e o cansaço pessoal do cuidado aos pacientes, frequentemente, deixam os médicos exaustos e emocionalmente esgotados, dificultando a dedicação ao cuidado centrado na pessoa (STEWART et al., 2017).

Nas consultas médicas focadas na doença, os médicos reduzem os problemas dos pacientes a categorias de doenças, colocando ênfase no problema em si, não na pessoa. Os contextos pessoais, sociais e culturais muitas vezes são considerados irrelevantes para a principal missão do médico, que é diagnosticar e tratar (STEWART et al., 2017; VAN DER MOLEN & LANG, 2007).

Esse tipo de conduta, é, majoritariamente, visto nos serviços de urgência ou pronto-atendimento do Brasil, é essencial reconhecer a angústia do paciente e de seus familiares como parte do cuidado, em vez de considerá-la como um incômodo para o profissional. Nesses

serviços, centrados na abordagem da doença e na resolução imediata, o atendimento muitas vezes se limita a oferecer uma resposta rápida para lidar com a alta demanda (SUCUPIRA, 2007).

Observa-se também, essa realidade na Atenção Primária de Saúde e, por esse motivo, a MCCP vem sendo implementada no Brasil, através do programa de especialidades médicas além de campanhas políticas. Pois, tal cenário resulta, na maioria das vezes, em baixa resolutividade e em frequentes retornos dos pacientes, aumentando ainda mais a pressão e a demanda sobre os serviços de saúde. Esse ciclo vicioso gera insatisfação tanto para os profissionais quanto para os usuários (CASTRO & KNAUTH, 2022; SUCUPIRA, 2007)

Além disso, há uma dinâmica em que tanto o médico quanto o paciente concordam que o médico detém autoridade total de conduta, os papéis de cada um são bem definidos: cabe ao médico diagnosticar e prescrever o tratamento, enquanto cabe à pessoa aceitar e seguir as instruções médicas. As entrevistas centradas na pessoa são mais complexas, pois os médicos não estão apenas procurando identificar uma doença, mas também buscando compreender ativamente o sofrimento dos pacientes e determinar o nível de envolvimento desejado nas decisões sobre o tratamento, além de compreender suas preferências (STEWART et al., 2017).

No entanto, os médicos podem hesitar em abordar essas questões por preocupação com o tempo de consulta ou receio de discordâncias, especialmente, porque não foram treinados para lidar eficazmente com essas situações. Pois, costumam encarar esses desacordos como uma questão de ganhar ou perder, em que apenas uma opinião deve prevalecer, ao invés de reconhecer que ambos podem potencialmente contribuir para uma solução mais criativa. Sobretudo, em situações em que a abordagem padrão pode não ser a melhor escolha dadas as circunstâncias únicas da pessoa envolvida (STEWART et al., 2017).

Essa supervalorização do modelo médico convencional advém de sua longa história de sucesso e respeito cultural brasileira, mantém os médicos a uma distância segura dos problemas dos pacientes. Se os médicos seguem corretamente os protocolos biomédicos e os pacientes não melhoram, eles geralmente não se sentem responsáveis. No entanto, os profissionais de saúde precisam adotar um método clínico mais abrangente que não se limite apenas à abordagem da doença. Essa transição para um modelo mais holístico requer aprendizado gradual, com os estudantes dominando cada componente interativo separadamente e praticando a integração de suas habilidades clínicas de forma unificada (STEWART et al., 2017).

Dessa forma, desde 2003, o Estado brasileiro, desenvolveu dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização, conhecida como Humaniza-SUS, que tem desempenhado um papel crucial ao abordar a relação entre os profissionais de saúde e os usuários, preconizando o MCCP e expandindo essa discussão nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Esse programa representa uma abordagem inclusiva e diversificada, buscando criar práticas singulares e promover a produção do bem comum para lidar com os desafios do dia a dia do SUS. Ademais, há sinais de uma tendência à padronização, visando uma maior uniformidade (MARTINS & LUZIO, 2017).

4 CONCLUSÃO

Logo, a iniciativa do Governo brasileiro, o Humaniza-SUS gera uma compreensão mais completa do paciente e de suas necessidades vai além do domínio técnico, exigindo uma formação mais abrangente nas ciências humanas. Esse programa, impõe uma formação que reflete nas atitudes e comportamentos adotados na relação médico-paciente, proporcionando ao aluno e aos médicos formados uma compreensão mais profunda da natureza da profissão médica. Isso inclui desenvolver uma postura ética e solidária para lidar com o sofrimento humano e entender o paciente como alguém que necessita de acolhimento, o que contempla

toda a base do MCCP (SUCUPIRA, 2007; MARTINS & LUZIO, 2017).

O ensino da relação médico-paciente deve ocorrer em duas frentes. Teoricamente, é crucial integrar no currículo disciplinas das áreas de humanidades, como psicologia, sociologia, antropologia e comunicação, focadas na dinâmica entre esses protagonistas. Na prática, é essencial que os alunos observem consultas, para refletirem sobre suas posturas e comportamentos. Iniciar esse ensino desde cedo é de suma importância, embora, na prática, a transmissão dos diferentes modelos de relação médico-paciente seja informal e muitas vezes sem uma análise crítica (SUCUPIRA, 2007).

Explorar as diversas posturas e atitudes ajudaria os alunos e aos profissionais a desenvolver uma visão mais consciente e compreender as vantagens e desvantagens de diferentes abordagens na relação médico-paciente, visto que, incentiva a reflexão sobre a jornada de se tornar médico e sobre sua própria experiência como atuante na área da saúde (SUCUPIRA, 2007).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CASTRO, R. C. L. DE .; KNAUTH, D. R.. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 803–812, fev. 2022.
- DEMARZO, M. M. P. et al.. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 143–148, jan. 2012.
- FRANÇA, B. C. C. et al.. Validação de Instrumento de Registro do Atendimento Clínico Centrado na Pessoa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 2, p. 233–239, abr. 2015.
- GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z.M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.28, n.2, p.99-105, 2004.
- JUNQUEIRA, Jonas José Oliveira et al. Análise da capacidade reflexiva e da presença dos componentes do método clínico centrado na pessoa em portfólios discentes da estratégia educacional “prática médica na comunidade” do curso de medicina da UNIFENAS-BH. 2021.
- MANDIA, T. M.; TEIXEIRA, R. R.. Elaborar, compartilhar, narrar: uma análise narrativa de três abordagens de comunicação em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220393, 2023.
- MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A.. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 60, p. 13–22, jan. 2017.
- SUCUPIRA, A. C.. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 624–627, set. 2007.
- STEWART, Moira et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed.

Porto Alegre: Artmed, 2017.

VAN DER MOLEN, H.T.; LANG, G. Habilidades da consulta na escuta médica. In: LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007. p.47-66.