



O encontro clínico e o início da relação médico paciente: aspectos teóricos e práticos.

AMANDA CAMILLY DA SILVA PIRES; MARIA LIS MORAIS GOMES;
TATIANA MARIA RIBEIRO SILVA; FRANCISCO REGIS DA SILVA

RESUMO:

Introdução: A abordagem centrada na pessoa (ACP) é uma ferramenta clínica da Medicina de Família e Comunidade (MFC). A fundamentação teórica da ACP está alicerçada sobre a obra do psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers, considerado o precursor da Psicologia Humanista. Baseando-se na ACP e no cuidado com o paciente, o desenvolvimento do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) busca entender o paciente como um todo, olhando seus fatores biopsicossociais que podem estar influenciando seu quadro clínico. **Objetivo:** analisar o modelo de cuidado no encontro clínico da relação médico paciente. **Metodologia:** uma revisão integrativa na qual foram analisados artigos das bases de dados PubMed, Scopus, SciELO e LILACS, utilizando os seguintes descritores: "Abordagem Centrada na Pessoa", "Método Clínico Centrado na Pessoa", "Medicina de Família e Comunidade", "Sistema Único de Saúde" e "cuidado centrado no paciente". **Resultados:** A ACP, fundamental na Medicina de Família e Comunidade (MFC), acredita que todos possuem impulsos para crescimento. Se esses impulsos forem fracos, o sucesso terapêutico é improvável. Rogers sugere precauções, como evitar interpretações quando o profissional se sente inseguro e aceitar recaídas após insights significativos. A MCCP baseia-se em quatro pilares: explorar a experiência da doença, entender o indivíduo como um todo, elaborar um plano conjunto e intensificar a relação médico-paciente, alinhando-se aos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. **Conclusão:** Com base na revisão integrativa realizada, conclui-se que tanto os conceitos de universalidade, equidade e integralidade, no contexto do Sistema Único de Saúde

(SUS), quanto a abordagem humanista de Carl Rogers, no campo da psicologia, são fundamentais para a melhoria das práticas clínicas e das relações no cuidado à saúde.

Palavras-chave: Encontro; Clínico; Relações Médico-Paciente; Cuidado.

1 INTRODUÇÃO:

Rogers, em 1977, configurou e denominou a abordagem centrada na pessoa (ACP) como um desenvolvimento de mudanças na personalidade, concentrando-se num mundo subjetivo do indivíduo e, apenas 30 anos depois, a ACP voltou-se para as interações sociais. O Pensamento de Rogers foi comumente dividido em fases, as quais são: fase não-diretiva; fase reflexiva; fase experiencial; fase coletiva. Dentre essas a fase experiencial destaca-se sendo fundamental a criação da ACP, essa fase tem como objetivo a ênfase na relação interpessoal baseada na teoria experiencial, que

priorizava a vivência da relação terapeuta-cliente, estando mais voltada para a experiência dessa relação do que para o conteúdo verbal em si mesmo. Essa experiência é considerada responsável pelo processo de mudança do cliente (Moreira, 2001; 2007).

Para além de da ACP baseada em Rogers, tem-se o método clínico centrado na pessoa (MCCP), desenvolvido por Ian McWhinney, Moira Stewart e Joseph Levenstein, buscava entender os motivos que levavam os indivíduos a procurarem atendimento médico. O método propõe um conjunto de orientações para que o profissional da saúde consiga realizar um atendimento mais centrado na pessoa e no que o paciente está sentindo.

Portanto, esse trabalho busca evidenciar e demonstrar como a ACP e o MCCP podem corroborar a um melhor atendimento ao paciente, bem como conseguir demonstrar como esses métodos interpessoais estão fortemente interligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que visa explorar as evidências científicas sobre a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) em suas aplicações no contexto da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Identificação da questão de pesquisa: A pergunta norteadora da revisão foi: "Como a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) contribuem para melhorar o cuidado no contexto da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e do SUS?".

2. Critérios de inclusão e exclusão:

- Inclusão: Estudos empíricos e teóricos publicados entre 2000 e 2023 que abordam o uso da ACP e do MCCP na MFC e em contextos de sistemas de saúde como o SUS, disponíveis em português.

- Exclusão: Estudos que não se concentram diretamente na prática clínica da ACP e MCCP, artigos não disponíveis em acesso aberto e aqueles que não incluem implicações para a MFC ou o SUS.

3. Estratégia de busca: A busca de artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scopus, SciELO e LILACS, utilizando os seguintes descritores: "Abordagem Centrada na Pessoa", "Método Clínico Centrado na Pessoa", "Medicina de Família e Comunidade", "Sistema Único de Saúde" e "cuidado centrado no paciente". Os operadores booleanos "AND" e "OR" foram aplicados para combinar os descritores.

4. Seleção dos estudos: A seleção inicial envolveu a leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados nas bases de dados. Em seguida, os textos completos foram analisados para verificar a aderência aos critérios de inclusão e exclusão. Apenas os estudos que abordavam a aplicação clínica da ACP e MCCP, com relevância para a MFC e o SUS, foram incluídos.

5. Avaliação crítica dos estudos: Os estudos selecionados foram avaliados criticamente de acordo com o método de avaliação de qualidade proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), considerando a relevância, validade e aplicabilidade dos achados. A

categorização dos dados foi realizada de acordo com os principais temas relacionados à ACP e MCCP, seu impacto no cuidado centrado na pessoa e sua integração com os princípios do SUS.

6. Análise e síntese dos dados: Os dados extraídos foram agrupados em categorias temáticas, facilitando a interpretação e a síntese dos resultados. A análise incluiu uma comparação entre os conceitos de ACP e MCCP com os princípios fundamentais do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

7. Limitações da revisão: As principais limitações incluem a possibilidade de vieses relacionados à inclusão de estudos apenas em português e inglês e a exclusão de artigos que não estavam disponíveis em acesso aberto. Além disso, a heterogeneidade dos estudos incluídos pode limitar a generalização dos resultados.

A metodologia adotada nesta revisão integrativa permitiu uma análise abrangente da literatura disponível sobre a ACP e o MCCP, destacando suas implicações para o aprimoramento do cuidado centrado na pessoa no contexto da MFC e do SUS.

8. Identificação da questão de pesquisa: A pergunta norteadora da revisão foi: "Como a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) contribuem para melhorar o cuidado no contexto da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e do SUS?".

9. Critérios de inclusão e exclusão:

- Inclusão: Estudos empíricos e teóricos publicados entre 2000 e 2023 que abordam o uso da ACP e do MCCP na MFC e em contextos de sistemas de saúde como o SUS, disponíveis em português.

- Exclusão: Estudos que não se concentram diretamente na prática clínica da ACP e MCCP, artigos não disponíveis em acesso aberto e aqueles que não incluem implicações para a MFC ou o SUS.

10. Estratégia de busca: A busca de artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scopus, SciELO e LILACS, utilizando os seguintes descritores: "Abordagem Centrada na Pessoa", "Método Clínico Centrado na Pessoa", "Medicina de Família e Comunidade", "Sistema Único de Saúde" e "cuidado centrado no paciente". Os operadores booleanos "AND" e "OR" foram aplicados para combinar os descritores.

11. Seleção dos estudos: A seleção inicial envolveu a leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados nas bases de dados. Em seguida, os textos completos foram analisados para verificar a aderência aos critérios de inclusão e exclusão. Apenas os estudos que abordavam a aplicação clínica da ACP e MCCP, com relevância para a MFC e o SUS, foram incluídos.

12. Avaliação crítica dos estudos: Os estudos selecionados foram avaliados criticamente de acordo com o método de avaliação de qualidade proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), considerando a relevância, validade e aplicabilidade dos achados. A categorização dos dados foi realizada de acordo com os principais temas relacionados à ACP e MCCP, seu impacto no cuidado centrado na pessoa e sua integração com os princípios do SUS.

13. Análise e síntese dos dados: Os dados extraídos foram agrupados em categorias temáticas, facilitando a interpretação e a síntese dos resultados. A análise incluiu uma

comparação entre os conceitos de ACP e MCCP com os princípios fundamentais do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

14. Limitações da revisão: As principais limitações incluem a possibilidade de vieses relacionados à inclusão de estudos apenas em português e inglês e a exclusão de artigos que não estavam disponíveis em acesso aberto. Além disso, a heterogeneidade dos estudos incluídos pode limitar a generalização dos resultados.

A metodologia adotada nesta revisão integrativa permitiu uma análise abrangente da literatura disponível sobre a ACP e o MCCP, destacando suas implicações para o aprimoramento do cuidado centrado na pessoa no contexto da MFC e do SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baseando-se no histórico da ACP e em sua utilização essencial para a Medicina de Família e Comunidade (MFC), processo terapêutico autêntico crê nos impulsos para o crescimento e para a normalidade que existem em todas as pessoas. Se esses impulsos não forem suficientemente fortes para tornar possíveis escolhas positivas, é duvidoso que se possa esperar algum êxito no processo terapêutico. Com isso, Rogers considera algumas precauções úteis para a prática da MFC, como:

1. Quando o profissional de saúde se sentir inseguro de si mesmo, mais vale evitar qualquer tipo de interpretação.
2. Não se ganha nada em se discutir uma interpretação. Se esta não for aceita, a não aceitação é um fato importante. A interpretação deve ser abandonada.
3. Depois de a pessoa alcançar um significativo insight, o profissional de saúde deve estar preparado para observar uma recaída temporária. É importante, nesse momento, reconhecer e aceitar esses sentimentos e ter paciência e ser compreensivo. Desse modo, a pessoa demonstrará, em breve, que se tratava de uma retirada momentânea da luta envolvida no desenvolvimento para a maturidade.

Já a MCCP baseia-se em 4 pilares:

- 1) **EXPLORANDO A SAÚDE, A DOENÇA E A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA:**
Para o entendimento da doença adota-se o método SIFE: S- sentimentos relacionados ao problema atual, I- ideias da pessoa sobre o que pode estar errado, F- função da sua rotina que pode ser afetada por causa do que está passando, E- expectativa do que pode ser feito pelo profissional para ajudá-lo a melhorar.
- 2) **ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO:** O indivíduo, a família e contexto: Nesse pilar são investigados as particularidades
- 3) **ELABORAR UM PLANO EM CONJUNTO PARA MANEJO DOS PROBLEMAS:** Esse plano deve ser feito entre o médico e o paciente, a fim de estabelecer metas para o tratamento e como seu quadro deve ser tratado.
- 4) **INTENSIFICANDO A RELAÇÃO ENTRE A PESSOA O MÉDICO:**
Intensificando a relação entre a pessoa e o médico: a partir da atenção, planejamento e cuidado como a pessoa, a relação entre o profissional e paciente torna-se mais acolhedora.

Assim, podemos relacionar a MCCP com os princípios do SUS e, conseqüentemente, com os cuidados com a pessoa. Os princípios básicos do SUS são: universalidade-serviço igualitário aos serviços de saúde, sem discriminação;

equidade- uma forma de justiça social, levando em consideração as necessidades específicas de cada grupo- e a integralidade- uma abordagem completa e contínua do cuidado à saúde, incluindo a promoção e a prevenção das doenças.

4 CONCLUSÃO

Com base na revisão integrativa realizada, conclui-se que tanto os conceitos de universalidade, equidade e integralidade, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a abordagem humanista de Carl Rogers, no campo da psicologia, são fundamentais para a melhoria das práticas clínicas e das relações no cuidado à saúde. No SUS, a universalidade assegura o acesso igualitário aos serviços de saúde, a equidade promove justiça social ao tratar os desiguais de forma diferenciada, e a integralidade busca uma abordagem completa, que envolve prevenção, tratamento e reabilitação. Esses princípios são essenciais para garantir a qualidade e a justiça no sistema de saúde brasileiro, conforme destacado por Paim e Silva (2010).

De forma similar, a abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers, que se concentra na relação médico-paciente e no estímulo à capacidade regenerativa do indivíduo, oferece um contraponto à abordagem biomédica dominante. Rogers não enfatiza técnicas psicoterapêuticas específicas, mas sim uma postura de compreensão e respeito à alteridade, que fortalece a relação terapêutica. Essa perspectiva apresenta grande potencial para qualificar a prática clínica da Medicina de Família e Comunidade (MFC), conforme evidenciado pelo impacto positivo na centralidade da pessoa no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

Castro RCL. Os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa na obra de Carl Ransom Rogers e a relevância deles para a prática clínica da Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3170. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3170](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3170).

Moreira, Virginia. 537 537 537 537 537 *FASES DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA Revisitando as Fases Da Abordagem Centrada Na Pessoa Revisiting the Phases of the Person Centered Approach*.

ANAR, A. C. Método Clínico Centrado na Pessoa – uma nova perspectiva do cuidado | Colunistas. Disponível em: <<https://sanarmed.com/metodo-clinico-centrado-na-pessoa-uma-nova-perspectiva-do-cuidado-colunistas/>>.

Fuzikawa, Alberto. *O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA UM RESUMO*.

