

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)

JOÃO MAZZONCINI DE AZEVEDO MARQUES

Resumo do Plano de Aula

1) Objetivos gerais

- Conhecer aspectos históricos necessários para a compreensão do MCCP
- Apresentar o Método Clínico Centrado na Pessoa
- Apresentar algumas habilidades básicas de entrevista

2) Bibliografia:

- Medicina centrada na pessoa : transformando o método clínico / Moira Stewart ... [et al.] ; tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa ; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes . – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

3ª EDIÇÃO

Medicina Centrada na Pessoa

Transformando o Método Clínico

Moira Stewart • Judith Belle Brown
W. Wayne Weston • Ian R. McWhinney
Carol L. McWilliam • Thomas R. Freeman





Método Clínico

Perspectiva histórica

- Saúde e doença são conceitos permeados por visões de mundo imersas dentro do contexto histórico-social, econômico e cultural em que existem
- Desde a pré-história o Homem tem se empenhado em viver melhor

Modelo: conceito

- Termo originado no italiano: *modelo* - o conceito tem diversas acepções e significados:
 - ❖ É um protótipo ou exemplo que se pretende reproduzir ou imitar.
 - ❖ Nas ações morais e nas obras de gênio: é um exemplar que se deve seguir e imitar pela sua perfeição.
 - ❖ É uma representação em pequena escala de alguma coisa; esquema teórico de um sistema ou de uma realidade complexa
 - ❖ Modelo científico: é o resultado do processo de criar uma representação abstrata, conceptual, gráfica ou visual para analisar, descrever, explicar, simular e prever fenômenos ou processos.

Definição de Modelo (Científico)

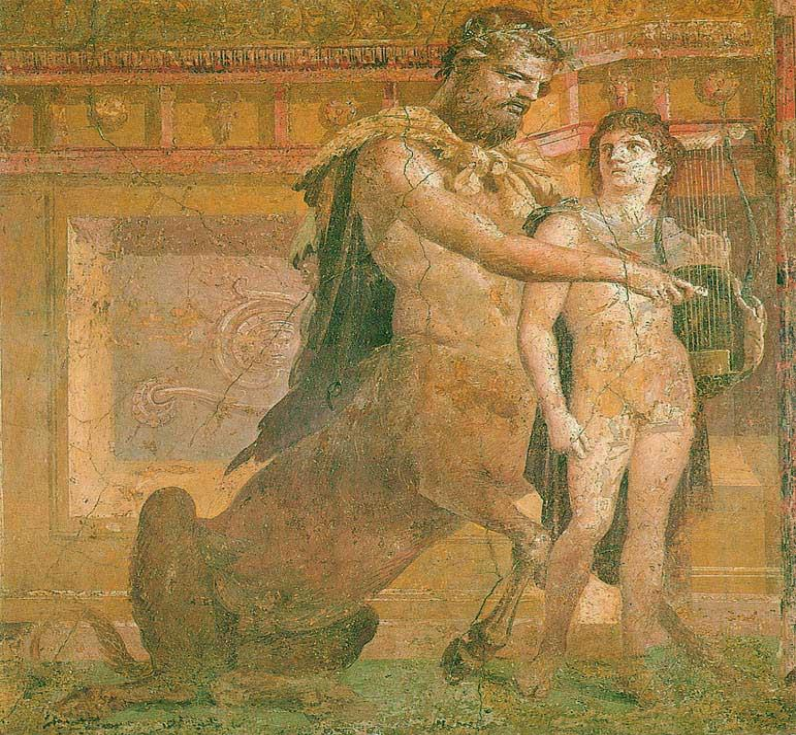
- É o resultado do processo de criar uma representação abstrata, conceptual, gráfica ou visual para analisar, descrever, explicar, simular e prever fenômenos ou processos.
- **É o conjunto de conceitos e métodos compartilhados por um determinado grupo, num determinado momento e aceito pela maioria**
- Reflete a concepção de Homem e de Mundo da época em que está vigente

- Modelos:
 - coexistem no tempo e espaço e nem sempre as pessoas tem clareza de que o estão exercitando
 - são mais gerais, na sociedade – conjunto de referenciais sociais

Tipos de Modelos de (cuidado de) saúde



- Mágico-religioso:
- todas as ocorrências do cotidiano, incluindo a saúde e a doença, explicadas pela relação com divindades
- saber centrado nos curadores/xamãs que estabelecem relação com as divindades/espíritos/entidades



Quiron

Mitologia grega

Quíron (em grego: Χείρων, transl. Kheíron, "mão"), na mitologia grega, era um centauro, considerado superior por seus próprios pares. Quíron era inteligente, civilizado e bondoso, e célebre por seu conhecimento e habilidade com a arte da cura.

Criado por Apolo (Deus sol - sábio) e Ártemis (deusa lua), desenvolveu sabedoria, virtudes e espiritualidade, dominando inclusive a arte de curar. Entre seus discípulos estavam diversos heróis, como Aristeu, Ajax, Enéas, Actéon, Ceneu, Teseu, Aquiles, Jasão, Peleu, Télamon, e em algumas versões do mito, Dioniso. E também, Asclépio ou Esculápio.

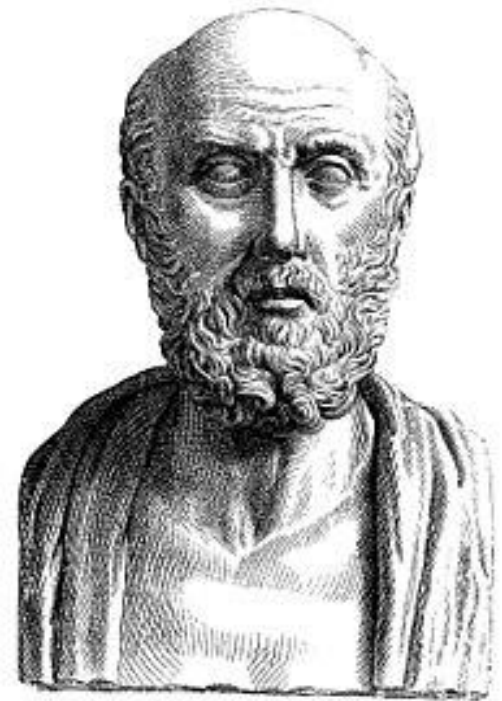


Esculápio

Mitologia grega


Existem várias versões de seu mito, mas as mais correntes o apontam como filho de Apolo, um deus, e Corônis, uma mortal. Teria nascido de cesariana após a morte de sua mãe, e levado para ser criado pelo centauro Quíron, que o educou na caça e nas artes da cura. Aprendeu o poder curativo das ervas e a cirurgia, e adquiriu tão grande habilidade que podia trazer os mortos de volta à vida, pelo que Zeus o puniu, matando-o com um raio.

O mais antigo registro de seu nome é encontrado na Ilíada de Homero, e nessa citação aparentemente ele ainda era considerado um mortal. Uma vez que atualmente o relato homérico sobre a Guerra de Troia é considerado a poetização de um evento possivelmente histórico, Esculápio pode ter existido de fato, vivendo em torno de 1200 a.C., e sido mais tarde divinizado. O seu culto disseminou-se por uma vasta região da Europa, pelo norte da África e pelo Oriente Próximo, sendo homenageado com inúmeros templos e santuários, que atuavam como hospitais. A sua imagem permaneceu viva e é um símbolo presente até hoje na cultura ocidental. Seu bastão se tornou o símbolo da Medicina na contemporaneidade em grande número de países do mundo e está presente na bandeira da Organização Mundial da Saúde.



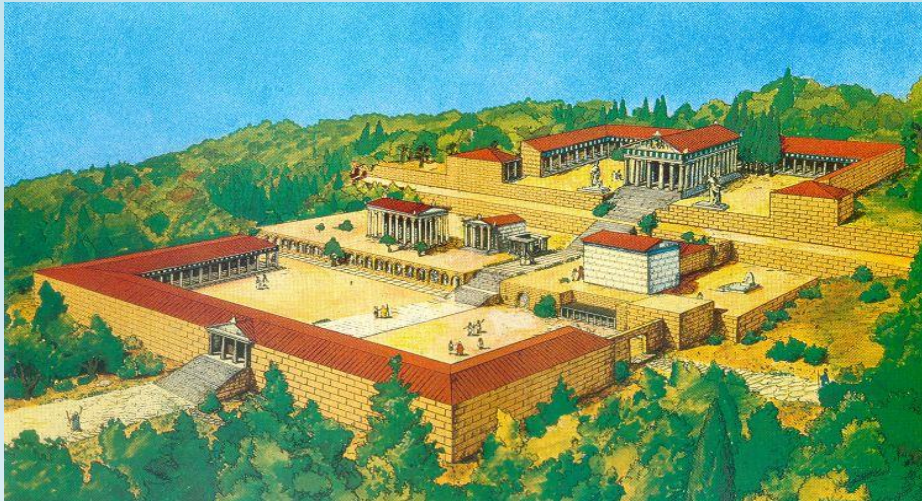
Hipócrates

Hipócrates (em grego antigo: Ἱπποκράτης, transl. Ippokrátis; * 460 a.C. em Cós; † 370 a.C. em Tessália) é considerado por muitos uma das figuras mais importantes da história da Medicina, frequentemente considerado "pai da medicina" (pelo menos no ocidente). É referido como uma das grandes figuras do florescimento intelectual grego, como Demócrito, Sócrates e Aristóteles. Hipócrates era um asclepiáde, isto é, membro de uma família que durante várias gerações praticara os cuidados em saúde. Nascido numa ilha grega, os dados sobre sua vida são incertos ou pouco confiáveis. Parece certo, contudo, que viajou pela Grécia e que esteve no Oriente Próximo.



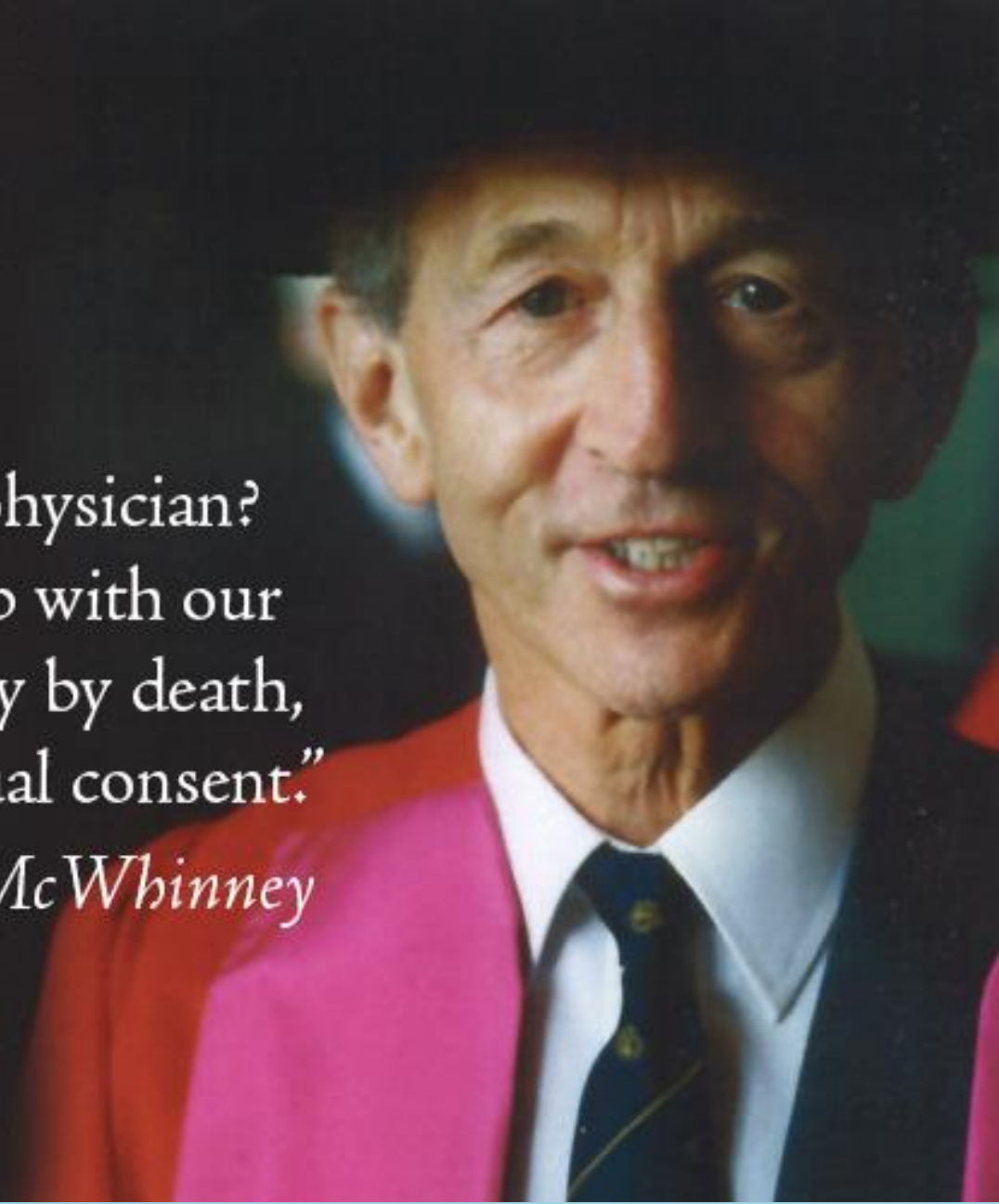
Nas obras hipocráticas há uma série de descrições clínicas pelas quais se pode diagnosticar doenças como a malária, pneumonia e tuberculose. Para Hipócrates, muitas doenças relacionavam-se com fatores climáticos, dietéticos e do meio onde as pessoas viviam. Muitos de seus comentários nos Aforismos são ainda hoje válidos. Seus escritos sobre anatomia contêm descrições claras tanto sobre instrumentos de dissecação quanto sobre procedimentos práticos. O que resta das suas obras testemunha a rejeição da superstição e das práticas mágicas da "saúde", direcionando os conhecimentos em saúde no caminho científico.

- Sistematização do método clínico, dando à anamnese e exame físico (inspeção e palpação) estrutura semelhante à atual.
- Relato ordenado dos sintomas, antecedentes pessoais e familiares e hábitos de vida da pessoa



Alguns marcos da medicina a partir do século XVI até XIX

- 1561 e 1636, Santório: medida da temperatura corporal por termômetro
- 1761, Aunbrugger: percussão do tórax
- 1761, Morgani: primeira sistematização dos conhecimentos sobre as doenças – base do método clínico como é hoje
- 1819, Leannec: estetoscópio e seus achados
- 1852-2, Helmholtz e Ruete: oftalmoscópio
- 1858, Virchow: *Celular Pathologie* – exames de esfregaço sangue
- 1880, Samuel von Bash: esfigmomanômetro; Pasteur e Koch, bacteriologia
- 1895, Roentgen: RX

A portrait of Dr. Ian McWhinney, a middle-aged man with short dark hair, wearing a red blazer, a white shirt, and a dark tie. He is smiling slightly and looking towards the camera. The background is dark and out of focus.

“What does it mean to be a family physician?
For me it means that our relationship with our
patients is unconditional ... ended only by death,
by geographical separation or by mutual consent.”

Dr Ian McWhinney

- “... Apesar de suceder a tradição hipocrática da medicina grega, o método clínico que dominou a medicina ocidental por quase 200 anos teve suas principais fontes no Iluminismo europeu do século XVII. Whitehead (1975) chamou esse período de século da genialidade, e é do capital de ideias geradas naquela época que temos vivido. Foi o século de Galileu e Newton, de Descartes, Locke e Bacon. Bacon exortava a humanidade a dominar e controlar a natureza, iluminando, dessa forma, as misérias da existência.”
- “... Se Bacon estabeleceu a agenda para a ciência, foi Descartes quem forneceu o método: a separação entre a mente e a matéria, sendo o valor inerente apenas à mente; a separação entre o sujeito e o objeto; e a redução de fenômenos complexos aos seus componentes mais simples.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- “... De todas as figuras do século XVII, nenhuma teve mais influência na ciência e na medicina que René Descartes. Em sua obra Tratado do homem, publicada em 1634, escreveu que: “O corpo é uma máquina, composta de nervos, músculos, veias, sangue e pele, de forma que, mesmo que não houvesse uma alma dentro dele, não deixaria de ter as mesmas funções” (Foss, 2002, p. 37). O conceito de Descartes de que o corpo é uma máquina teve enormes consequências para a medicina. Tomou o lugar do conceito vitalista da medicina pré-moderna e tornou possível o desenvolvimento das ciências básicas da área e de todos os benefícios que elas nos trouxeram. A abordagem reducionista de Descartes para a investigação e a separação da res extensa e da res cogitans permitiu que a biologia fizesse grandes progressos.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- “...Foi no século da genialidade que a razão foi entronada e a ciência moderna nasceu. Entretanto, a razão era então definida como lógica formal, divorciada da experiência humana, buscando leis universais para explicar fenômenos naturais. A matemática era o modelo, e o Principia, de Newton, o livro exemplar. A ideia de natureza como uma vasta máquina, que incluiria o corpo humano, parecia plausível. O objetivo era chegar ao conhecimento universal e absoluto. Toulmin (1992, p. 34-5) descreve essa ideia como uma mudança radical no paradigma do conhecimento: A partir de 1630, o foco da investigação filosófica ignorou os detalhes individuais, concretos, oportunos e locais dos assuntos humanos do dia a dia. Em vez disso, houve uma mudança para um patamar mais alto, estratosférico, no qual a natureza e a ética se conformam a teorias abstratas, atemporais, gerais e universais.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

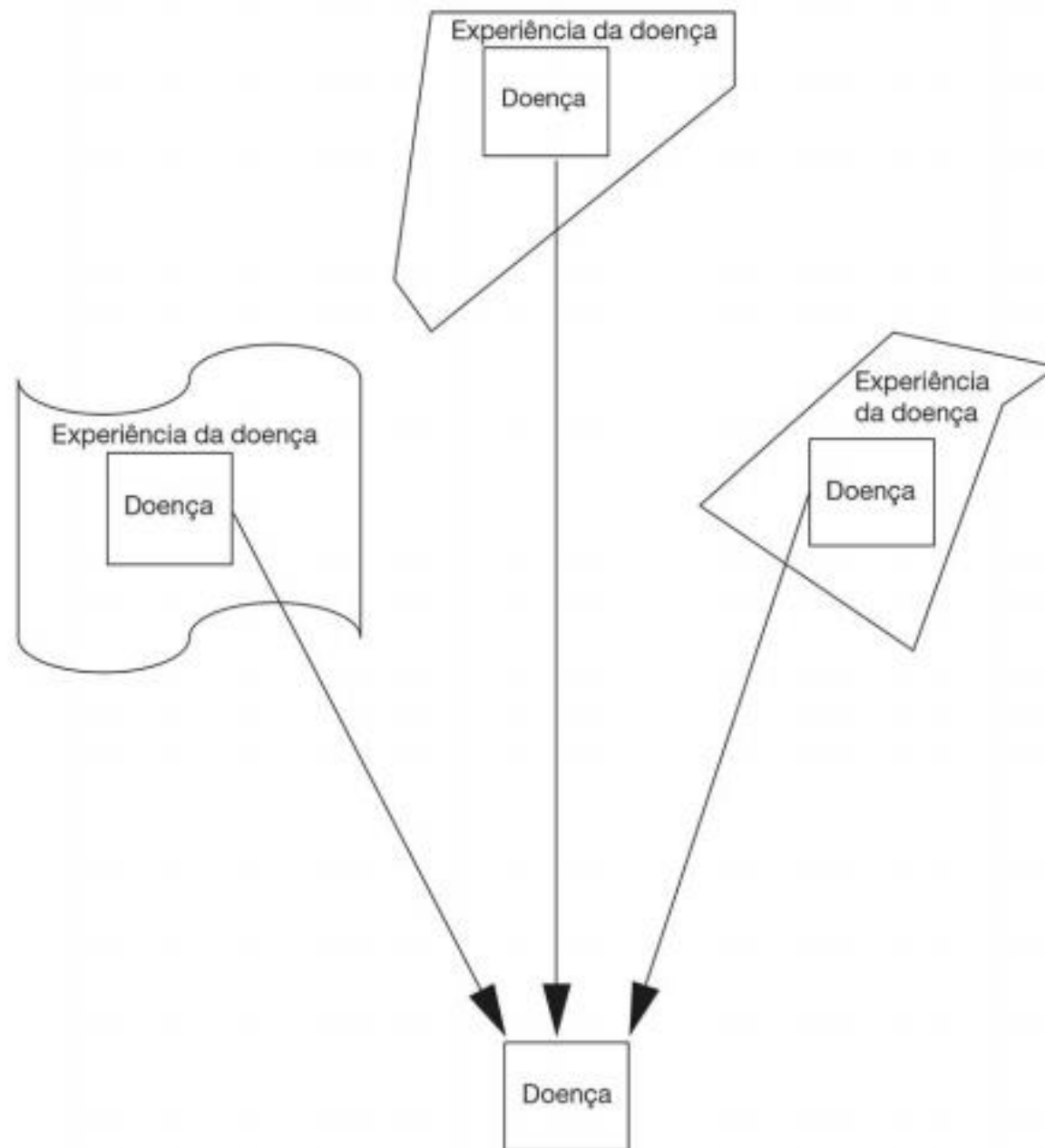


FIGURA 2.1 O processo de abstração. (Adaptada de McWhinney [2000, p. 135] e reproduzida com permissão do editor, Mediselect GV.)



“The Doctor’s Visit” , 1760, de Elisabeth Geertruida Wassenbergh (1729-1781)



***“A Surgeon Treating a Patient's Foot and a Barber Shaving a Man”,
de David Teniers II (1610-1690)***



**“The Apothecary” ,
1752, de *Pietro Longhi*
(1701-1785)**



Modelo Biomédico Convencional:

- **Pacientes sofrem de doenças (conjuntos de sinais e sintomas) que podem ser categorizadas como qualquer outro fenômeno natural**
- **Uma doença pode ser descrita e avaliada independente da pessoa que a apresenta e do seu contexto social**
- **Doenças físicas e mentais são consideradas separadamente (em algumas doenças a mente age sobre o corpo - são psicossomáticas)**
- **Cada doença tem um agente etiológico específico**
- **Conforme o nível de resistência do indivíduo, a exposição à um agente patogênico explica a ocorrência de doença**
- **A tarefa do profissional/equipe de saúde é diagnosticar a doença do paciente e prescrever um tratamento específico visando remover a causa (agente etiológico específico) ou aliviar os sintomas**
- **O grande recurso teórico/prático: diagnóstico diferencial**
- **O profissional de saúde é um observador afastado e neutro e o paciente é um recipiente passivo**

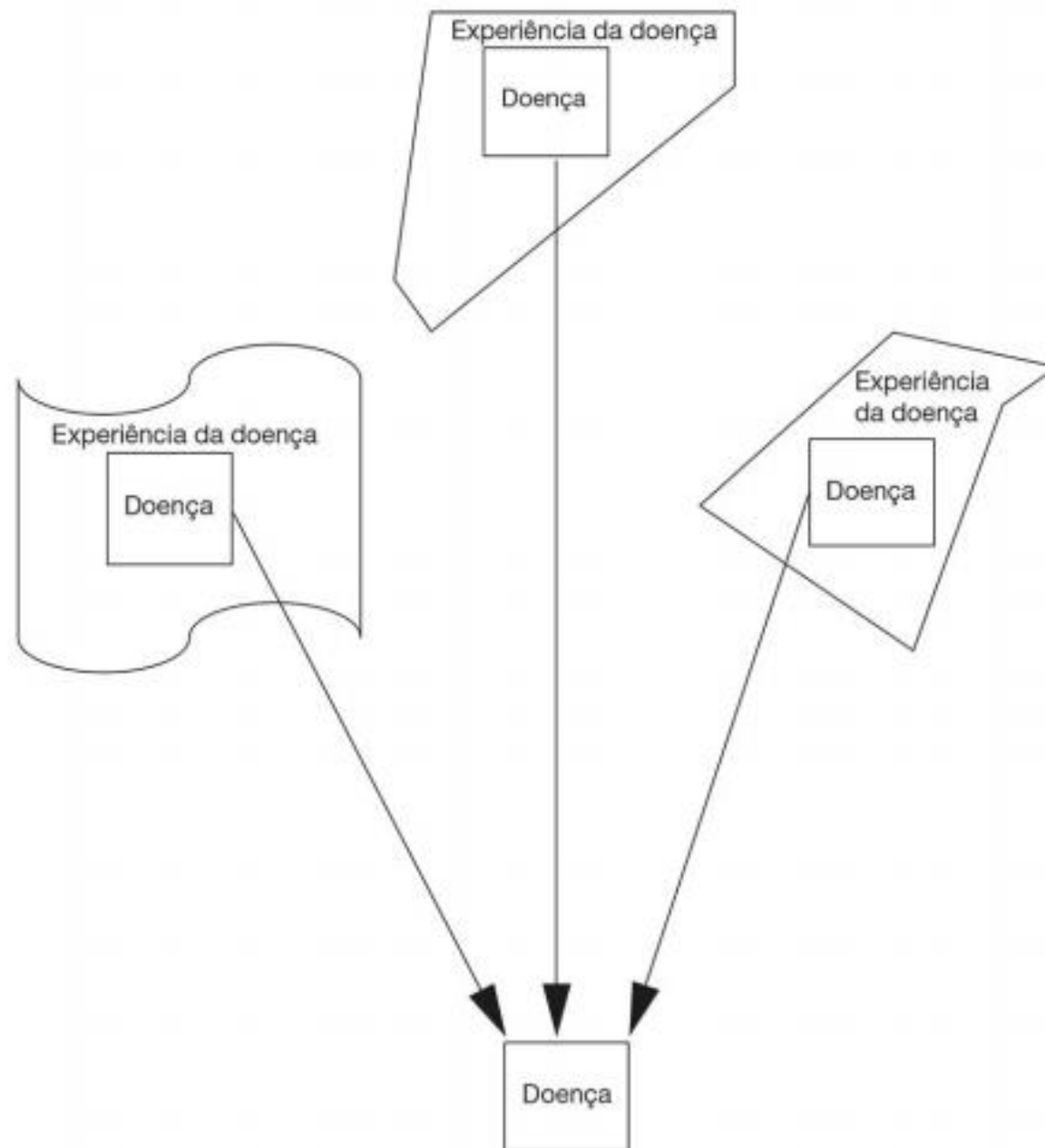


FIGURA 2.1 O processo de abstração. (Adaptada de McWhinney [2000, p. 135] e reproduzida com permissão do editor, Mediselect GV.)

- “...A Figura 2.1 ilustra o processo de abstração. As três formas irregulares representam pessoas com experiências de doença semelhantes. São todas diferentes porque não há duas experiências de doença exatamente iguais. Os quatro quadrados representam o que as pessoas têm em comum. No processo de abstração, tomamos os fatores comuns e formamos uma categoria de doença: esclerose múltipla (EM), carcinoma pulmonar, e assim por diante. A abstração oferece um poder preditivo muito alto e nos fornece uma linguagem taxonômica. Permite que apliquemos nossas tecnologias terapêuticas com precisão, mas isso tem um preço. O poder da generalização é obtido quando nos distanciamos da pessoa individual e de todas as particularidades da sua experiência de doença. “Uma grande familiaridade com as particularidades”, disse William James (1958, p. ix), “frequentemente nos faz mais sábios do que a posse de fórmulas abstratas, por mais profundas que sejam”. Se observarmos atentamente, veremos que cada pessoa é diferente de alguma forma. É no cuidado que as particularidades se tornam cruciais. Se quisermos ser agentes de cura, precisaremos conhecer aqueles a quem atendemos como indivíduos: pessoas podem ter doenças em comum, mas são únicas quanto à forma como respondem a elas.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- “...Com seu poder preditivo e inferencial, o novo método clínico foi muito bem-sucedido. Na verdade, a aplicação de novas tecnologias na medicina dependia desse método. Tinha vários pontos fortes: dava ao médico uma exigência clara: “identificar a doença ou descartar patologia orgânica”; dividia um processo complexo em uma série de passos facilmente lembrados; e fornecia critérios de verificação: o patologista podia dizer ao clínico se ele estava certo ou errado. Esse modelo era tão bem-sucedido que seus pontos fracos só se tornaram aparentes muito tempo depois, à medida que suas abstrações distanciaram-se mais e mais daquilo que a pessoa vivenciava. Nenhuma abstração é uma imagem completa do que representa e fica cada vez menos completa conforme os níveis de abstração e o poder de generalização aumentam.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

TABELA 2.1 Níveis de abstração no caso de uma pessoa com sintomas e sinais neurológicos múltiplos e variáveis

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
Impressões e emoções da pessoa	Queixas, sentimentos e interpretações expressados pela pessoa	Análise da experiência da doença pelo médico: avaliação clínica	Ressonância magnética
Pré-verbal	Abstração de segunda ordem	Abstração de terceira ordem	Pré-verbal de quarta ordem
Experiência da doença	“Experiência da doença” (interpretação do médico)	“Doença” (diagnóstico clínico: esclerose múltipla)	“Doença” (diagnóstico definitivo: esclerose múltipla)

Fonte: McWhinney IR (1997a, p. 77); reproduzida com permissão da Oxford University Press, Nova York.

- “...À medida que prosseguimos ao longo dos níveis de abstração, as diferenças individuais são aplainadas em benefício da generalização. Os níveis mais baixos de abstração estão próximos ao mundo vivido pela pessoa. Conforme aumentamos o nível de abstração, o perigo é que esqueçamos que nossa abstração não é o mesmo que o mundo real. O diagnóstico de EM e as imagens da ressonância magnética não são a experiência da pessoa. Esquecer-se disso, no aforismo de Alfred Korzybski (1958), é tomar o mapa pelo território.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- “...A medicina moderna continuou a fazer grandes avanços, muitos com base na metáfora mecanicista. O ajuste dessas tecnologias às suas metas exige precisão diagnóstica, e o método clínico convencional deu justificadamente grande importância à lógica linear do diagnóstico diferencial. No entanto, a promessa de novas tecnologias frequentemente fica aquém das expectativas quando estas são aplicadas ao mundo real da prática clínica. É nesse ponto que a lógica linear se encontra com a lógica da complexidade. As tecnologias devem ser aceitas pela pessoa, para ações preventivas, terapêuticas ou de reabilitação; exigem motivação, cooperação e, muitas vezes, determinação. Podem requerer um estilo de vida diferente e o abandono de hábitos de toda uma vida ou de prazeres muito apreciados. As mudanças devem ser feitas oportunamente e devem ser consistentes com os objetivos de vida e com as prioridades da pessoa. A pessoa tem que estar convencida de que seu esforço se justifica.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- “...Muitas doenças são complexas e multifatoriais, exigindo uma abordagem diferente da lógica linear e da tecnologia que podem funcionar tão bem em doenças com uma etiologia específica. Experiências de doença como dor crônica, transtornos alimentares, depressão e adição têm uma dimensão existencial que precisa ser levada em conta para que sejam entendidas. Devemos prestar atenção ao sofrimento das pessoas, às suas emoções, crenças e relacionamentos, não apenas por razões humanitárias, mas também porque têm um importante papel na origem das doenças (Foss, 2002).”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- As idéias do agente etiológico específico e do diagnóstico diferencial se encaixam muito bem em certos problemas
 - doenças infecciosas
 - deficiências nutricionais

- A extensão da assistência à saúde – como direito individual - e a realidade epidemiológica das sociedades contemporâneas apresenta problemas/demandas muito freqüentes e muito importantes que não se encaixam bem nesse modelo

- Quando fornecemos cuidados de saúde para as pessoas, frequentemente encontramos problemas/demandas nas quais o modelo biomédico é insuficiente/inadequado (são anomalias que esse modelo explicativo **não** explica)
 - Enfermidade/Doença
 - Etiologia Específica
 - Mente/Corpo

- “...O método clínico centrado na pessoa foi desenvolvido para lidar com a complexidade. Enquanto usa a lógica linear quando apropriado, sua essência é o entendimento da pessoa como um todo, um conhecimento de sua experiência com a doença e uma tentativa de se elaborar um plano de manejo comum. Esse plano comum é a chave do sucesso terapêutico, mas frequentemente difícil de ser obtido. Testa a habilidade do médico de motivar a pessoa por meio da resolução de objeções, resolvendo dúvidas, reduzindo medos e esclarecendo conceitos equivocados (Botelho, 2002).”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

- “... Isso tudo implica que não nos vemos mais como observadores distanciados, calmos e frios fornecedores de tratamento. Ser centrado na pessoa significa ser aberto aos sentimentos dela. Significa envolver-se de uma forma que se tornou difícil por causa do antigo método. O envolvimento tem o potencial de fazer da medicina uma experiência muito mais rica para nós e mais efetiva para as pessoas atendidas. Entretanto, perigos existem. Há maneiras certas e erradas de se envolver. Há formas de lidar com algumas das coisas perturbadoras às quais a nova abertura vai nos expor, por isso a importância do conhecimento e da conscientização a que me referi. É por meio dessas experiências que os estudantes podem se desenvolver tanto emocionalmente quanto intelectualmente. Se o objetivo é recuperar nossa capacidade de cura, temos de transcender a inclinação para sermos literais, o que parece ocorrer quando nos tornamos prisioneiros de nossas abstrações. Um novo método clínico deve encontrar espaço para o exercício da imaginação e para restaurar o equilíbrio entre o pensar e o sentir.”

McWhinney – Capítulo 2: A Evolução do Método Clínico

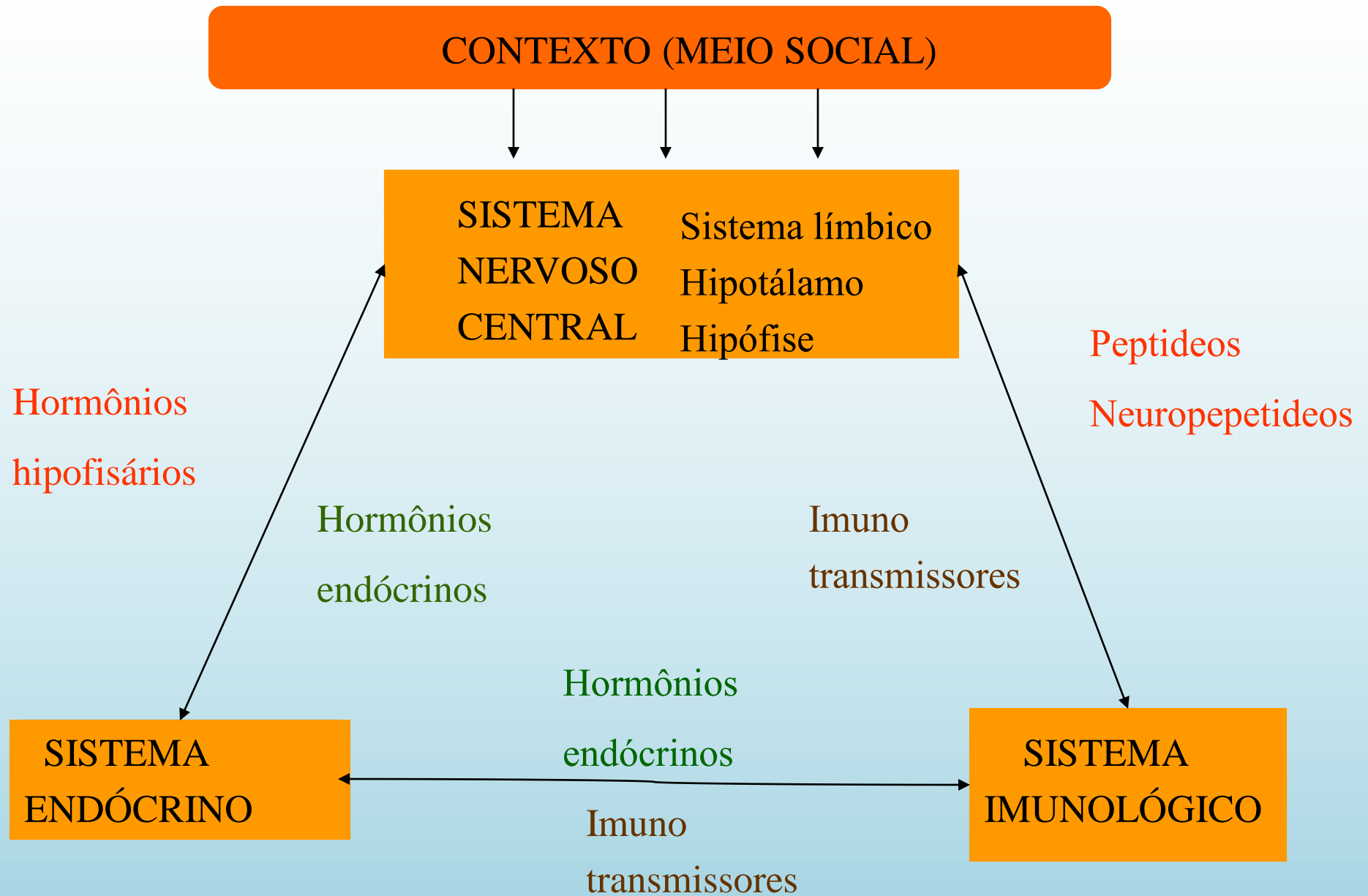
MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

- Doença não pode ser separada da pessoa
- Pessoa não pode ser separada do seu meio
- Conceito tradicional de doença é muito útil em certas situações, em outras não
- Todas enfermidades, todo sofrimento do paciente tem múltiplas causas, embora possa ser útil em várias situações focar em uma única cadeia causal
- Causalidade não é linear, mas recíproca
- A interação do profissional/equipe de saúde com o paciente pode ter profundo impacto tanto psicológico, como biológico como social
- A tarefa do profissional/equipe de saúde é compreender a pessoa, sua enfermidade e sua doença em todos os níveis para fornecer o cuidado mais adequado
- Para realizar essa tarefa o profissional/equipe de saúde deve ser empático e trabalhar em colaboração com o paciente, estimulando-o a ter um papel ativo no seu cuidado.

“...Forty years ago, George L. Engel (1913-1999), a prominent scholar in the psychosomatic movement of the past century, published **“The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”** in Science[1]. The article had a considerable impact on the scientific community and attracted more than 3,500 citations in the Web of Science. Interestingly, the flow of citations did not appear to fade over the years and, indeed, it has increased in the last decade. A possible reason is the fact that Engel identified the early signs of the scientific, clinical, and intellectual inadequacies of the traditional biomedical model that became progressively more pronounced...” Fava G.A. 2017







CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

- Michael Balint (em húngaro, Bálint Mihály; Budapeste, 3 de dezembro de 1896 - Bristol, 31 de dezembro de 1970) foi um psicanalista húngaro, filho de um clínico geral. “O Médico, Seu Paciente e a Doença” (1954) é sua mais importante obra. Versa sobre a relação médico-paciente. Seus grupos de discussão acerca das experiências na prática clínica (grupos Balint) tornaram-se referência no meio acadêmico. Segundo Balint, a personalidade do médico é o primeiro "medicamento" que se administra aos pacientes. Afirmava a necessidade de realizar um diagnóstico amplo do que estava acontecendo com o paciente, levando em conta inclusive os sentimentos e pensamentos do mesmo para a criação de um plano de cuidado da sua saúde.



CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

- Carl Ransom Rogers (Oak Park, Illinois, 8 de janeiro de 1902 – La Jolla, Califórnia, 4 de fevereiro de 1987) foi um Psicólogo norte-americano desenvolvedor da Abordagem Centrada na Pessoa. Sua dedicação à construção de um método científico na psicologia foi reconhecido por prêmio da Associação Americana de Psicologia, da qual também foi eleito presidente, em 1958, tendo sido um pioneiro no estudo sistemático da clínica psicológica.
- Não contente com as posições reducionistas, mecanicistas e diretivistas da Psicanálise e do Behaviorismo de Skinner, Rogers funda sua abordagem em uma recusa em identificar a pessoa em terapia como paciente ou doente, como traziam as duas primeiras na época, e aponta a importância da relação da pessoa e do terapeuta, que são iguais e não possuem posição de hierarquia.
- Ao contrário de outros estudiosos cuja atenção se concentrava na ideia de que todo ser humano possuía uma neurose básica, Rogers concluiu com suas pesquisas que essa visão não era exata, passando a defender que, na verdade, o núcleo básico da personalidade humana era tendente à saúde, ao bem-estar. Tal conclusão decorreu de um processo meticuloso de investigação científica levado a cabo por ele, ao longo de sua atuação profissional. Carl Rogers ficou famoso por desenvolver um método psicoterapêutico centrado no próprio paciente. O terapeuta tem que desenvolver uma relação de confiança com o paciente para poder fazer com que ele encontre sozinho sua própria cura.



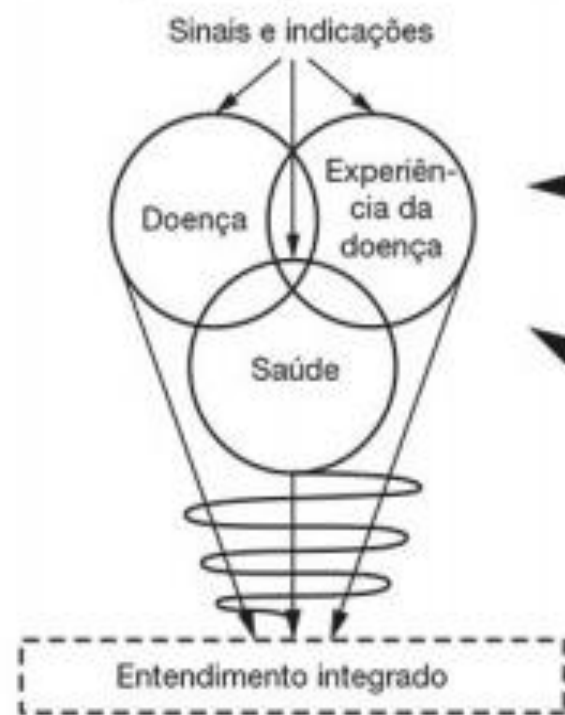
The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change.

Carl Rogers

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA (MCCP)

- **É UM MÉTODO CLÍNICO ESPECÍFICO QUE UTILIZA UMA ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL E CENTRADA NA PESSOA**

1. Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença



2. Entendendo a Pessoa como um Todo



3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas

- Problemas
- Metas
- Papéis

Decisões conjuntas

FIGURA 1.2 O método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos.

QUADRO 1.1 Os quatro componentes interativos do método clínico centrado na pessoa

1. Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença:

- percepções e experiência da saúde, pessoais e únicas (significados e aspirações)
- histórico, exame físico, exames complementares
- dimensões da experiência da doença (sentimentos, ideias, efeitos no funcionamento e expectativas)

2. Entendendo a Pessoa como um Todo:

- a pessoa (p. ex., história de vida, questões pessoais e de desenvolvimento)
- o contexto próximo (p. ex., família, trabalho, apoio social)
- o contexto amplo (p. ex., cultura, comunidade, ecossistema)

3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas:

- problemas e prioridades
- metas do tratamento e/ou do manejo
- papéis da pessoa e do médico

4. Intensificando a Relação entre a Pessoa e o Médico:

- compaixão e empatia
- poder
- cura e esperança
- autoconhecimento e sabedoria prática
- transferência e contratransferência

Componente 1 – Explorando a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença

- Há uma diferença entre o que chamamos de “**doença**” – uma construção com alto nível de abstração, que inclui alterações bioquímicas, das células, dos tecidos e órgãos, além de sinais e sintomas – e a **experiência única da pessoa**, que está ocorrendo com ela nesse momento
- Ex: degeneração macular X experiência de ficar cego
- A pessoa pode não ter nenhum sofrimento e o médico não diagnosticar nenhuma doença.
- A pessoa pode ter uma doença diagnosticada e ter um sofrimento associado a essa doença.
- Ex: Infarto agudo do miocárdio
- A pessoa pode ter uma doença diagnosticada e não experimentar nenhum sofrimento.
- Ex: hipertensão arterial assintomática
- A pessoa pode ter um sofrimento importante na sua vida, sentir-se mal em relação a sua saúde e não ter nenhuma doença diagnosticada.
- Ex: perda recente de um ente querido
- O que a pessoa pensa e sente determina quando, como, onde e com quem ela vai procurar ajuda para lidar com um sofrimento/problema.

Componente 1 – Explorando saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença

- No modelo biomédico tradicional o papel do profissional de saúde é somente diagnosticar através dos sinais, sintomas e exames e propor uma conduta. E o papel do paciente é fornecer as informações solicitadas pelo profissional e seguir a conduta que ele propôs.
- O papel do profissional é ativo, o papel do paciente é passivo (daí vem o termo paciente...)
- O profissional não explora as razões pelas quais o paciente procurou o atendimento naquele momento determinado (ou seja, o que o paciente está pensando e sentindo naquele momento em relação ao seu problema/sofrimento).
- Isso pode levar a problemas no cuidado do paciente:
 - a angústia, a inquietude da pessoa não se expressa ou se expressa tardiamente: *sinal da maçaneta* (dificuldades na obtenção de informações mais completas e detalhadas);
 - não existe espaço para a interpretação da pessoa sobre a situação;
 - profissional de saúde não obtém opinião da pessoa sobre a conduta adotada: se vai aderir ou não;
 - maior chance de acusações de má-prática por não entendimento do paciente em relação às ações do profissional de saúde.



FIGURA 3.1 Sobreposições de saúde, doença e experiência da doença.

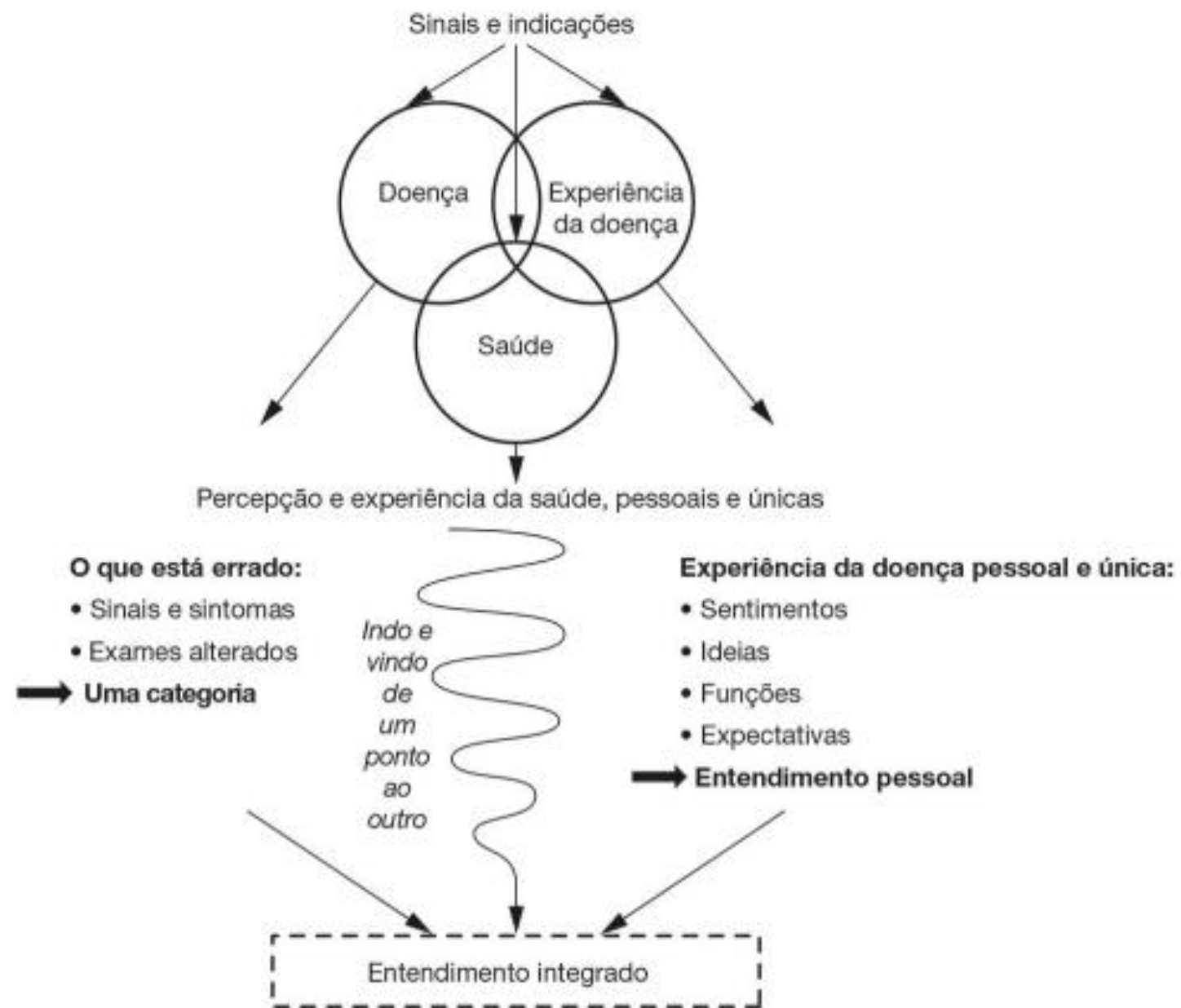


FIGURA 3.2 Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.

Componente 1 – Explorando a saúde doença e a experiência da pessoa com a doença

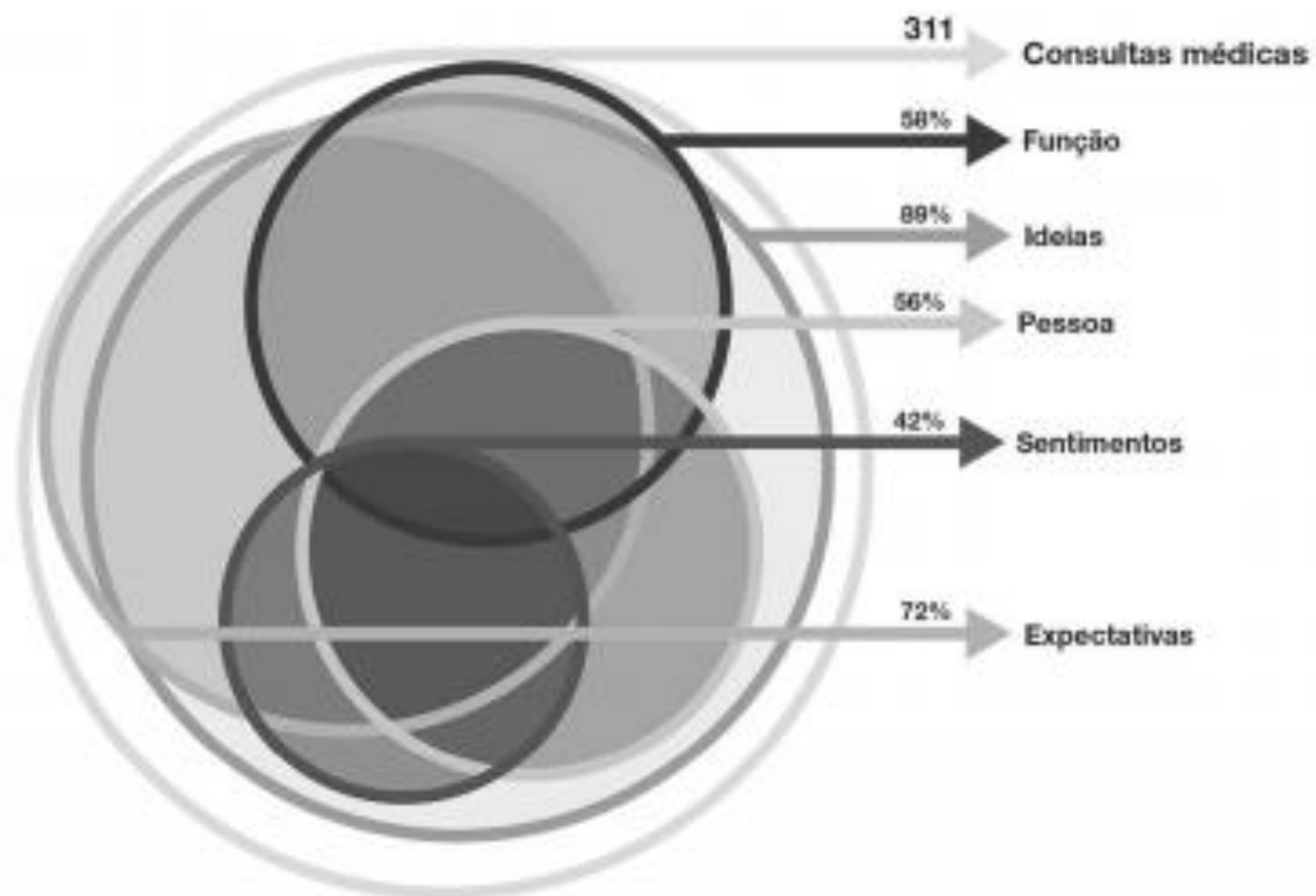
- Em uma abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa ocorre uma **expansão** do modelo tradicional: É importante explorar as informações objetivas e tecnicamente relevantes ao diagnóstico diferencial, **juntamente com as dimensões subjetivas e as experiências relacionadas ao adoecimento, tais como: ideias, sentimentos, expectativas e efeitos no funcionamento do dia-a-dia da pessoa e da família.**

Componente 1 – Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença

- Pistas e dicas emitidas pelas pessoas quando procuram atendimento são importantes porque refletem o que estão pensando e sentindo:
- Expressão verbal ou corporal de sentimentos
- Tentativas de entender ou explicar os sintomas
- Falas que salientam preocupações pessoais
- Relatos de histórias da pessoa que remetem a condições de saúde e/ou fatores de risco
- Comportamentos que sugerem preocupações ou expectativas mal resolvidas; por exemplo, resistência a aceitar condutas, busca de segunda opinião, solicitação repetida de consultas a curto prazo

Componente 1 – Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença

- Além de estar atento às pistas e dicas, os profissionais de saúde devem avaliar quatro dimensões da experiência da doença, representadas pelo acróstico **SIFE**:
- Os **sentimentos** das pessoas em relação ao seu sofrimento/problema (p.ex. “Como o sr. se sente em relação a essa falta de ar?”)
- As **ideias** das pessoas sobre o que está errado (“O que o sr. acha que pode estar causando essa falta de ar?”)
- Os efeitos da doença no **funcionamento** das pessoas (“Como essa falta de ar influencia nas coisas que o senhor faz no dia-a-dia, como dormir, trabalhar, comer, passear?”)
- Qual a **expectativa** das pessoas sobre o cuidado/tratamento a ser oferecido (“Como o senhor acha que eu poderia ajudá-lo?”)



EXPECTATIVAS: as pessoas falam sobre suas expectativas

FUNÇÃO: mencionam os efeitos em suas funções (atividades e papéis desempenhados pela pessoa em sua vida)

PESSOA: trazem questões relacionadas à pessoa como um todo

IDEIAS: expressam suas ideias

SENTIMENTOS: expressam sentimentos durante as consultas

71% falaram sobre 3 ou mais de 5 dos itens mostrados nessa figura

FIGURA 1.3 Questões expressadas pelas pessoas durante consultas com seu médico de família.

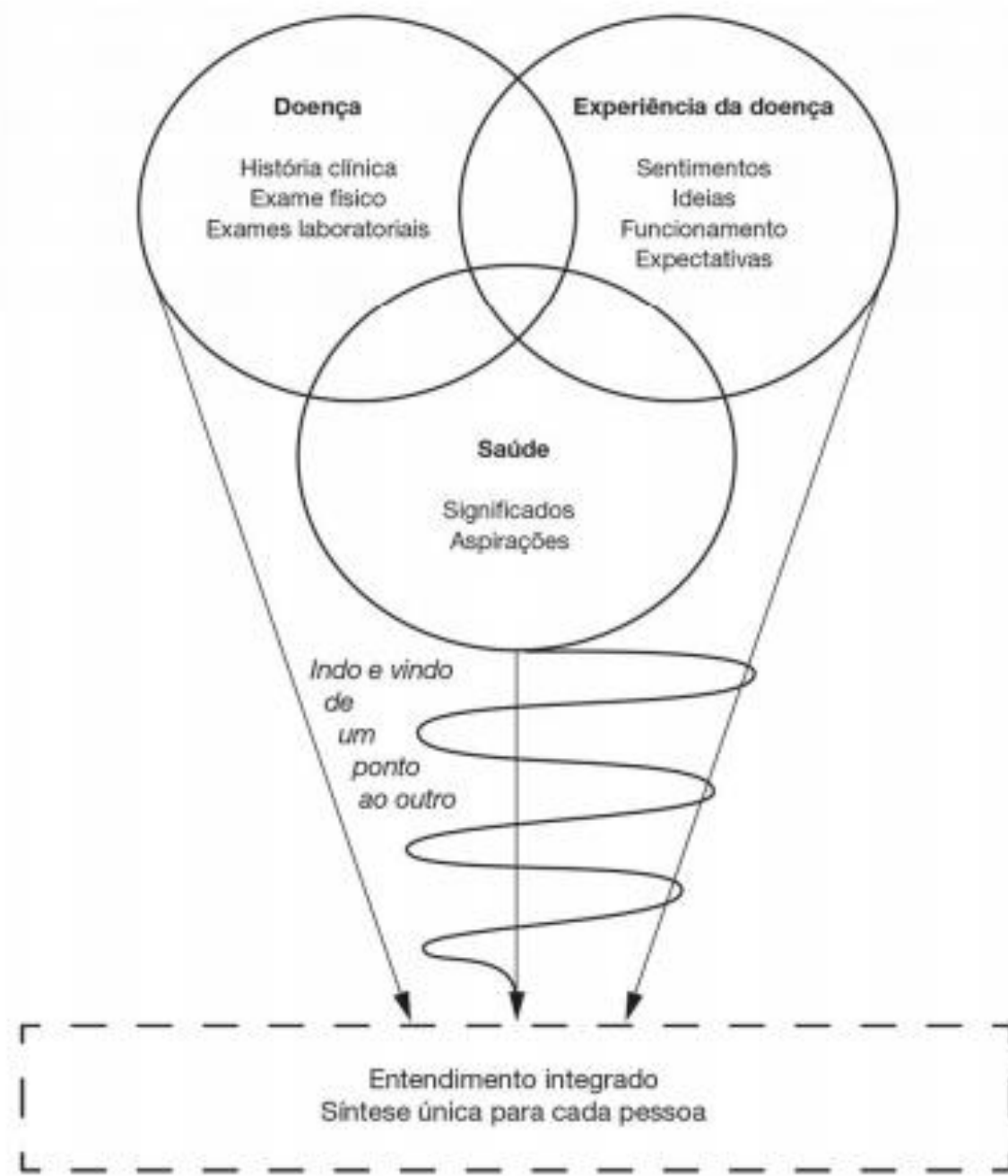
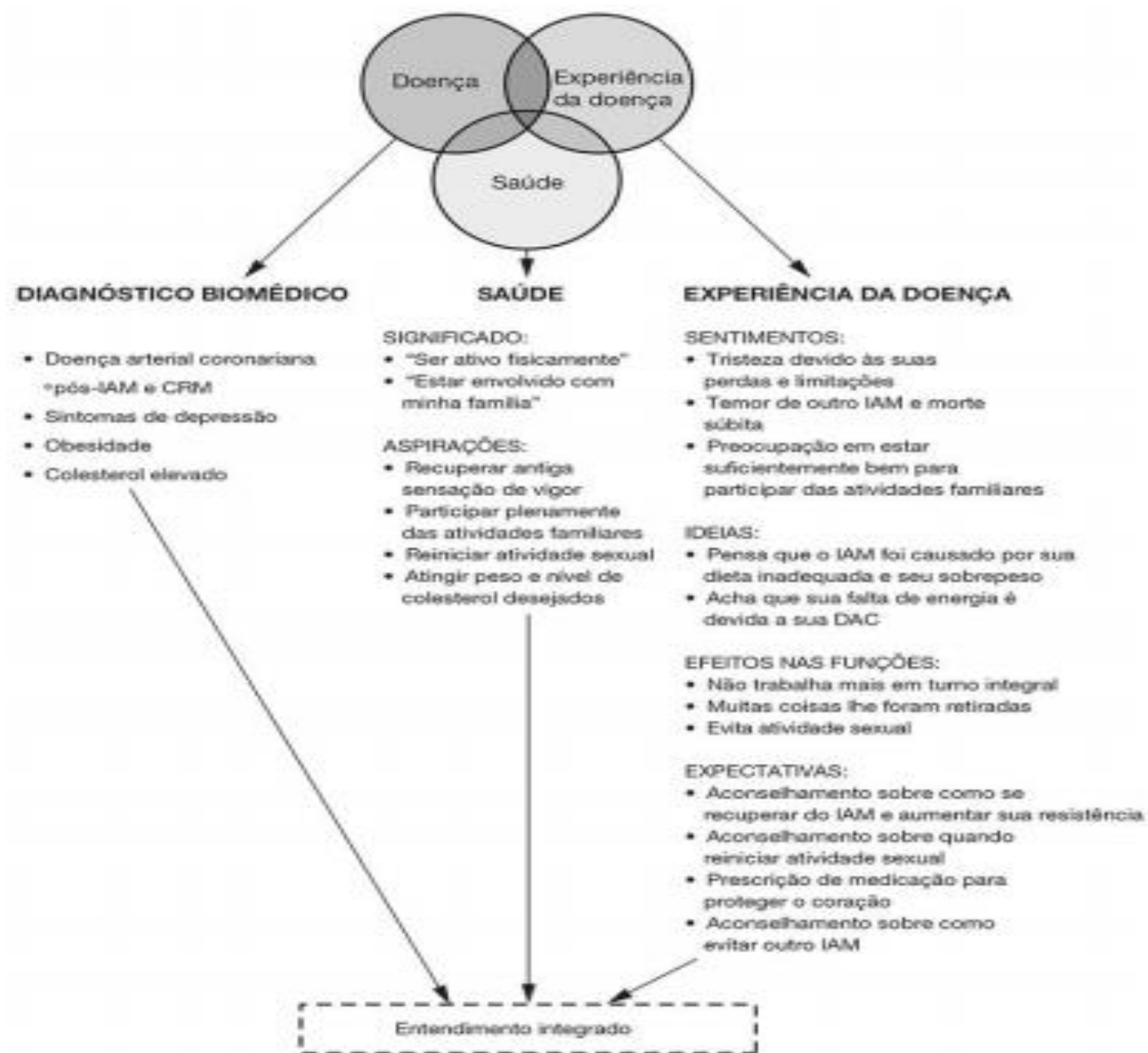


FIGURA 1.1 Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.



CRM, cirurgia de revascularização miocárdica; DAC, doença arterial coronariana; IAM, infarto agudo do miocárdio.

FIGURA 3.3 Aplicação do método clínico centrado na pessoa.

Componente 2 – Entendendo a pessoa como um todo

- A doença e a experiência do sofrimento atual da pessoa são apenas duas dimensões da sua condição de pessoa, de ser humano. Atentar somente a elas é um modo restrito e incompleto de entender o que está acontecendo com a pessoa.
- O entendimento da pessoa como um todo melhora a interação da pessoa que está sendo cuidada com o profissional de saúde e pode ser particularmente útil em situações onde os sinais e sintomas não apontam uma doença claramente definida ou onde existe uma experiência de doença que parece exagerada, estranha ou incomum.
- Conforme o momento da pessoa no ciclo da sua vida, podem existir manifestações e comportamentos muito diferentes em relação a uma determinada doença e experiência de sofrimento. Se é uma mãe com crianças pequenas ou uma mulher mais jovem sem filhos ou uma senhora que já é avó.

2. Entendendo a Pessoa como um Todo



Componente 2 – Entendendo a pessoa como um todo

- Preocupações e dúvidas existenciais (“O que eu quero da vida?”; “Para onde eu quero ir na minha vida?”, “Afinal, quem eu sou realmente?”, etc) e as respostas às mesmas levam a diferentes comportamentos e sentimentos da pessoa que está sendo cuidada e podem influenciar na sua aderência a tratamentos, por exemplo.
- O contexto atual em que a pessoa vive – tanto proximal (a família, o trabalho, a vizinhança), como distal (a cultura do país, o sistema de saúde, etc) – podem influenciar a atitude da pessoa quanto ao cuidado para sua condição.
- A história de vida e o contexto atual devem ser perguntados explicitamente. Estimular a pessoa expressar-se sobre sua história de vida pessoal e familiar e o seu contexto de vida atual.
- Exemplos: “Por favor, me conte de onde o senhor vem?”, “Com quem o senhor mora”, “Como é o seu relacionamento com os vizinhos? E com a família”, “O Sr. é religioso?”

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- Elaborar um plano de manejo do(s) problema(s) de saúde da pessoa em parceria com ela, estimulando a sua participação
- Quando a pessoa se sente participando da construção do seu plano de cuidados com o profissional de saúde, isso aumenta as chances de que ela adira às condutas propostas
- Encontro de dois especialistas – diferentes, mas em pé de igualdade - para elaborar, negociar, um plano
 - Profissional de saúde – especialista em área específica da saúde
 - Pessoa – especialista nela mesma

3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas

- Problemas
- Metas
- Papéis



**Decisões
conjuntas**

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- Conseguir a concordância, o consenso, entre o profissional de saúde e o paciente em três áreas-chave:
 - qual(is) é (são) a(s) definição(ões) do(s) problema(s) de saúde que será(ão) abordado(s) – e, se existir mais de um problema, em que ordem de prioridade serão trabalhados
 - quais são os objetivos e as prioridades a serem alcançadas com o manejo de cada problema que foi priorizado no momento
 - quais são os papéis – ou seja, as ações, as tarefas – do profissional de saúde e do paciente para que esses objetivos e metas sejam atingidos

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- **Para elaborarmos um plano conjunto de cuidados é necessário que tenhamos pelo menos avaliado anteriormente a experiência da pessoa com a doença – através da avaliação dos seus sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas (SIFE) – o componente 1 do MCCP**
- e, sempre que possível, é bom já termos algum conhecimento sobre a história de vida e o contexto proximal e distal atual da pessoa – o componente 2 do MCCP

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- o paciente precisa sentir que pode falar sem medo de que o profissional de saúde possa ficar irritado/bravo/enraivecido/”de saco cheio” mesmo se ele (paciente) **mostrar seu não conhecimento** sobre algum tópico/questão e/ou pedir esclarecimentos para suas dúvidas
- o paciente precisa sentir que pode falar sem medo de que o profissional de saúde possa ficar irritado/bravo/enraivecido/”de saco cheio” mesmo se ele (paciente) **não concordar integralmente com o médico** ou até discordar frontalmente em qualquer momento do atendimento sobre as três dimensões (problemas, objetivos e papéis)

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- claro que existirão muitas situações na vida de qualquer profissional, no contato com pacientes, nas quais esses sentimentos negativos – irritação/raiva/”saco cheio” – ou outros - aparecerão na nossa mente
- o importante é não demonstrar isso para o paciente, ou seja, não agir impulsivamente com base nesses sentimentos negativos (NAO REAGIR!!)
- devemos acolher a discordância do paciente, devemos refletir sobre ela e tentar ajudar o paciente a refletir sobre ela também (E ELE PODE ESTAR PARCIALMENTE OU TOTALMENTE CERTO!)

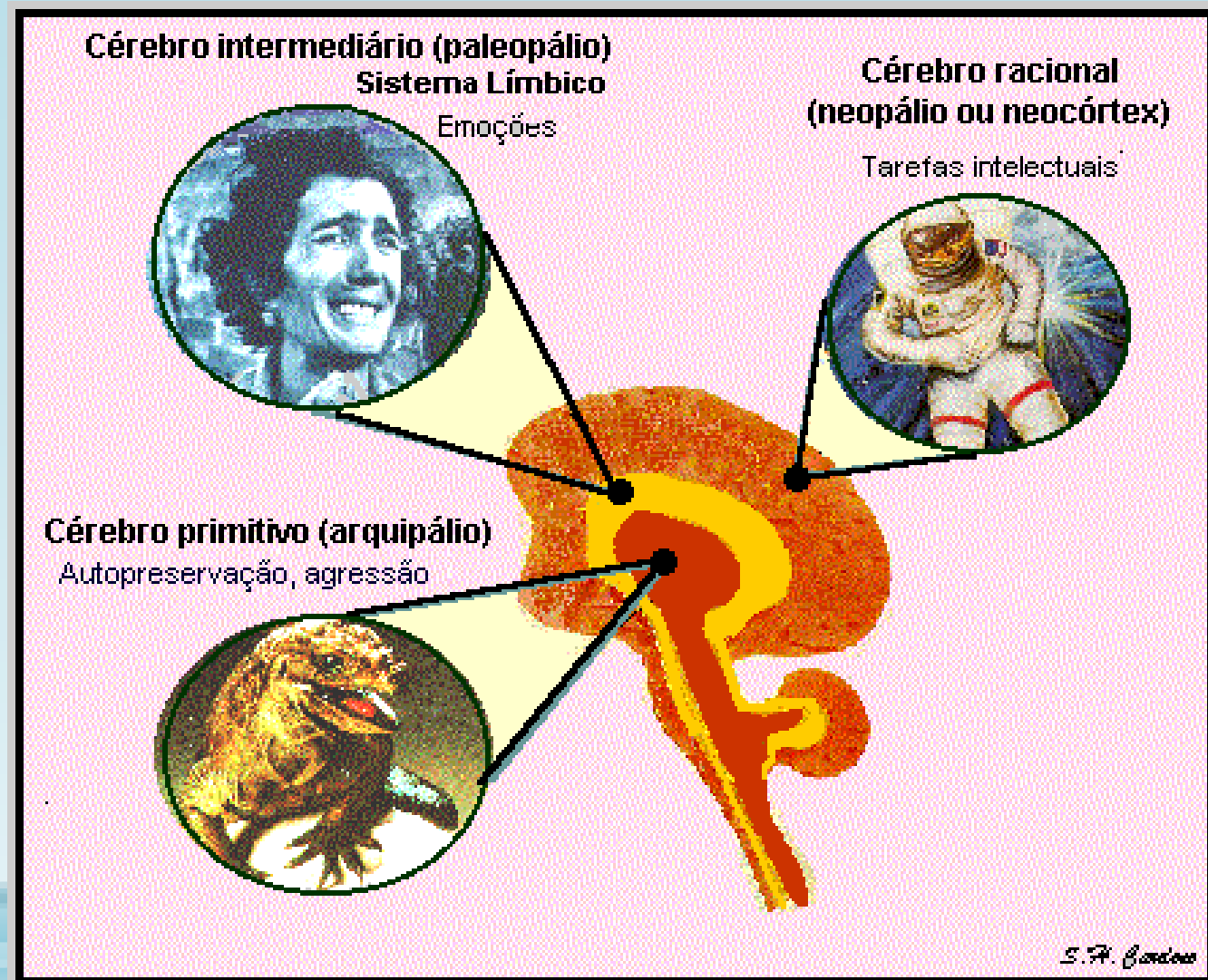
Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- e transmitir ao paciente que, mesmo se não concordamos, consideramos legítimo, justo, que ele tenha sua própria opinião:
 - “É muito importante para mim saber qual é a sua opinião sobre o que vamos conversar. Eu acredito que para fazermos um plano realmente adequado para você, a sua opinião, a sua avaliação, é fundamental. Eu vou dar minha avaliação, minha opinião, mas, para dá-la com a melhor qualidade possível, eu também preciso saber o que você acha sobre seu problema de saúde e as possibilidades de tratamento. Eu preciso saber inclusive quando você estiver com alguma dúvida ou discordar do que eu falei”
- e que estamos levando em conta essa opinião – mesmo quando discordante da nossa – para fazer, junto com ele, o seu plano de cuidados
- Ou seja, devemos ter uma atitude de acolhimento

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- ficar atento não apenas ao que o paciente fala, mas também às suas mensagens para-verbais (tom de voz, hesitações/interrupções ou aceleração da fala) e seu comportamento/atitudes (posição corporal, expressão facial), que podem indicar discordância conosco
- Para fazer tudo isso, usamos e treinamos continuamente, como profissionais de saúde, a parte do nosso cérebro mais especificamente humana – a parte que nos dá a capacidade de integração e a criatividade – usamos nosso neocórtex!!!

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas



Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- qual(is) é (são) a(s) definição(ões) do(s) problema(s) de saúde que será(ão) abordado(s) – e, se existir mais de um problema, em que ordem de prioridade serão trabalhados?
- começar com a expectativa (E do SIFE).
- se o profissional de saúde acha que **não** sabe quais são as poucas (até umas cinco) possibilidades sobre o que o paciente quer procurando a consulta naquele momento:

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- “O que aconteceu que fez você vir para a consulta hoje?”
- “Sobre o que você gostaria de conversar comigo hoje?”
- “O que tem deixado você preocupado que o fez vir aqui no serviço de saúde hoje?”
- “O que você acha que eu poderia fazer para te ajudar hoje?”

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- “Sobre o que você gostaria de conversar comigo hoje? Sobre a sua falta de ar devido ao seu problema do pulmão, sobre a dor nos joelhos ou sobre a dificuldade de visão? Podemos falar só sobre um deles ou sobre mais de um. E se você tiver outra ideia sobre o que fazer na consulta de hoje, me diga, por favor. Então, o que você gostaria de fazer?”
- ” Podemos conversar sobre os três problemas hoje sim. Por qual você gostaria de começar?”
- “Sobre o que você gostaria de conversar comigo hoje? Sobre a sua falta de ar devido ao seu problema do pulmão, sobre a dor nos joelhos ou sobre a dificuldade de visão? Eu acho que hoje só teremos tempo para conversar sobre um deles. O que você acha de escolher um deles para conversarmos hoje? Ou você tem alguma outra ideia sobre a consulta de hoje?”

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

➤ “ Me parece que você está preocupado com a sua falta de ar e gostaria que eu te examinasse e conversássemos sobre o que fazer sobre isso. É isso mesmo que você gostaria de fazer hoje ou tem alguma outra coisa sobre a qual você gostaria de falar antes comigo?”

➤ “ Na consulta passada combinamos de avaliar de novo como está sua falta de ar, causada pelo seu problema no pulmão, e conversarmos sobre como você tem se sentido depois que começou o tratamento. É isso mesmo que você gostaria de fazer hoje ou tem alguma outra coisa sobre a qual você gostaria de falar antes comigo?”

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- quais são as metas e as prioridades a serem alcançadas com o manejo de cada problema que foi priorizado no momento
- quais são os papéis – ou seja, as ações, as tarefas – do profissional e do paciente para que esses objetivos e metas sejam atingidos

Componente 3 – Elaborando um projeto comum de manejo de problemas

- “Agora que eu você já me contou sobre a sua dor de garganta e eu te examinei, posso te dizer que você parece estar com uma infecção causada por vírus, que é um problema muito comum e geralmente sem maior gravidade na sua idade. Para se sentir melhor mais rápido, você precisa tomar bastante água e descansar. Para diminuir a febre pode tomar 40 gotas de novalgina até de 6 em 6 horas. Não é preciso tomar antibiótico para esse tipo de infecção de garganta que você tem nesse momento. Também era bom você voltar aqui em quatro dias para vermos como você estará. O que você acha dessas coisas que eu estou propondo para você? Gostaria de mais alguma informação?”
- “Me parece que você ficou preocupado quando eu disse que não é preciso usar antibiótico para esse problema na garganta. Você poderia me dizer em mais detalhes o que te deixa preocupado sobre isso?”
- “ Entendo a sua preocupação. O que você acha de voltar em dois dias ou até amanhã mesmo para reavaliarmos se fica mantida a decisão de você não usar antibiótico? Ou podemos manter em quatro dias mesmo em princípio, mas você voltar aqui comigo antes se você achar que precisa. O que você acha?”

Componente 4 – Intensificando o relacionamento entre a pessoa e o profissional de saúde

- (mais) uma famosa citação de William Osler (apud Cushing, 1925):

“Insistiria com vocês...para que prestem mais atenção ao doente do que às características especiais da doença...Lidando , como fazemos, com a pobre e sofredora humanidade, vemos o homem sem máscaras, exposto em toda sua fragilidade e fraqueza, e vocês devem manter o coração maleável e aberto para que não menosprezem essas criaturas, seus semelhantes. A melhor maneira é manter um espelho em seu coração, e quanto mais vocês observarem suas próprias fraquezas, mais cuidadosos serão com seus semelhantes”

Componente 4 – Intensificando o relacionamento entre a pessoa e o profissional de saúde

- **compaixão:** sentimento de tristeza, de pesar, para com o sofrimento pessoal de outrem, acompanhado do desejo de minorá-lo
- **compartilhamento de poder:** dividir o poder com alguém – dividir com o paciente o poder de tomar decisões sobre o cuidado, o tratamento, as condutas
- **cura da pessoa é diferente da cura do corpo:** é a restauração de um senso de coerência e integridade depois de uma ruptura na vida de uma pessoa
- **consciência de si mesmo:** expansão da reflexão (sozinho ou com auxílio de alguém ou com auxílio de um grupo) para conhecer melhor seus pontos fortes e fracos

Componente 4 – Intensificando o relacionamento entre a pessoa e o profissional de saúde

- Transferência: processo no qual a pessoa, de forma inconsciente, projeta, nas outras pessoas que atualmente fazem parte da sua vida – incluindo o médico - pensamentos, comportamentos e reações emocionais originados em outros relacionamentos significativos que ocorreram desde a sua infância. Pode estar relacionada a emoções positivas e/ou negativas.
- nem tudo em um relacionamento é transferência, mas em todo relacionamento ocorre transferência.
- Contratransferência: mesmo processo por parte do médico em relação ao paciente.