

1 Introdução

Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Thomas R. Freeman e Carol L. McWilliam

Na década de 1980, durante seu desenvolvimento conceitual e seu uso inicial em pesquisas e na educação, o método clínico centrado na pessoa achava-se na periferia da medicina (Brown et al., 1986, 1989; Levenstein et al., 1986; Stewart et al., 1986, 1989; Weston et al., 1989). Na verdade, naquela época, muitos educadores e pesquisadores viam a medicina centrada na pessoa como uma “ciência mole”: a atenção e a compaixão eram reconhecidas como aspectos importantes do cuidado humanitário, mas poucos estavam conscientes do papel central da comunicação centrada na pessoa na medicina científica moderna. Na primeira edição deste livro, descrevemos todo o método clínico centrado na pessoa com o objetivo de colocá-lo no epicentro da prática clínica e da educação médica (Stewart et al., 1995).

Desde então, aprendemos muito ao apresentar esse método para muitos grupos de estudantes de medicina, residentes, colegas médicos, médicos de família e comunidade e o corpo docente de escolas de medicina em toda a América do Norte, a Europa, a Turquia, os Emirados Árabes Unidos, a Argentina, o Brasil, a Austrália, a Nova Zelândia, o Japão e o Sudeste Asiático. O método clínico centrado na pessoa integra hoje a base de muitos currículos educacionais em todo o mundo, tanto nos cursos de graduação quanto nos de pós-graduação (Stewart e Ryan, 2012). Além disso, serve como guia para a avaliação somativa da formação de pós-graduandos em vários países (Brown et al., 1996; Tate et al., 1999). O desenvolvimento de pesquisas sobre esse método explodiu na última década. Estudos internacionais destacam não apenas o desejo e a satisfação em receber cuidados centrados na pessoa, mas também o impacto positivo que tal cuidado tem nos resultados para as pessoas e nos custos da assistência médica (Dwamena et al., 2012; Epstein, 2005b; Stewart et al., 2011). Esses estudos

oferecem suporte ao surgimento de uma definição internacional de cuidado centrado na pessoa.

Há ainda muito trabalho a ser feito. O contexto atual da assistência à saúde por vezes desencoraja a prática centrada na pessoa. Por exemplo, um estudo recente de Neumann e colaboradores (2011) concluiu que a empatia declina ao longo dos anos de educação médica. Aqueles que entre nós tinham esperanças de que tais achados fossem algo do passado foram surpreendidos com um alerta. Além disso, Cassell (2013, p. xii) afirma que “ainda não sabemos como pôr em prática, nem como ensinar” esse método. Já são dez anos desde a segunda edição deste livro. Nosso desejo ao lançar esta terceira edição é trazer informações construtivas e encorajamento que sirvam de suporte para aqueles preocupados com a melhoria do cuidado médico por meio do método clínico centrado na pessoa.

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

O Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western, Ontário, começou a estudar a relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico desde sua inauguração, quando chegou, em 1968, seu primeiro chefe de departamento, o Dr. Ian R. McWhinney. No seu trabalho para elucidar a “real razão” pela qual uma pessoa procura um médico, McWhinney (1972) estabeleceu o palco para as investigações sobre a amplitude de todos os problemas da pessoa, físicos, sociais ou psicológicos, e da profundidade, do sentido e da forma como ela se apresenta. A pesquisa de sua orientanda de doutorado, Moira Stewart, foi direcionada por esses interesses e estabeleceu o foco na relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico (Stewart et al., 1975, 1979; Stewart e Buck, 1977). Em 1982, o Dr. Joseph Levenstein, professor visitante em medicina de família da África do Sul, compartilhou conosco suas tentativas de desenvolver um modelo de prática clínica e deu impulso ao departamento. O método clínico centrado na pessoa evoluiu ainda mais por meio do trabalho do Grupo de Comunicação entre Pessoa e Médico da Universidade de Western, Ontário.

Este livro descreve e explica o modelo e o método centrados na pessoa. O material se originou no programa de desenvolvimento conceitual, de educação e de pesquisa pensado nas últimas duas décadas. Apesar de o programa se desenvolver no contexto da medicina de família, suas mensagens

são relevantes para todas as disciplinas médicas e para outras áreas da saúde, como enfermagem, assistência social, fisioterapia e terapia ocupacional. A estrutura geral do trabalho se concentra no *modelo de abordagem*. A forma de implementar esse modelo reflete o *método* clínico. Este livro descreve tanto o modelo de abordagem quanto sua implementação, ou seja, o método clínico centrado na pessoa.

Essa proposta de cuidado pressupõe várias mudanças na mentalidade do médico. Primeiramente, a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa que busca cuidado é passiva não se sustenta nessa abordagem. Para ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos dele. Esse é o imperativo moral da prática centrada na pessoa. Ao concretizar essa mudança de valores, o médico experimentará os novos direcionamentos que a relação pode assumir quando o poder é compartilhado. Em segundo lugar, manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas produz uma insensibilidade ao sofrimento humano que é inaceitável. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo.

Mudamos significativamente o modelo conceitual e, dessa forma, também o diagrama desde a primeira edição deste livro. Primeiramente, temos agora quatro componentes, e não mais seis. O componente anterior, “Sendo Realista”, passou a ser visto não tanto como um componente, mas como, de fato, um comentário sobre o contexto a partir do qual o método clínico centrado na pessoa toma forma. As questões consideradas como parte de “Sendo Realista”, tempo e trabalho em equipe, são tratadas em outros capítulos, mais adiante, neste livro. Da mesma forma, o componente anterior, “Incorporando Prevenção e Promoção da Saúde”, sempre foi concebido como parte dos processos incluídos em outros componentes. Por isso, colocamos prevenção e saúde como parte dos capítulos sobre cada um dos outros componentes.

Juntamos a promoção da saúde ao primeiro componente. A promoção da saúde realizada nas interações entre as pessoas e seus médicos inclui a exploração das percepções e da experiência de saúde da pessoa. Sua incorporação ao primeiro componente tem a vantagem adicional de deixar explícita aquela parte do diálogo entre a pessoa e o médico em que se discute a saúde e os aspectos fortes da pessoa. Além do foco explícito no

funcionamento da pessoa, que sempre foi uma parte integral da experiência da doença (no modelo conceitual centrado na pessoa, as quatro dimensões da experiência da doença são: sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas), a atenção renovada à saúde (pontos fortes e resiliência) reforça o cuidado dispensado às pessoas ao longo de suas vidas. Alinha-se à literatura do campo da enfermagem que discute a promoção da saúde e a resiliência; à literatura sobre terapias ocupacional e física, que destaca os pontos fortes funcionais, e não apenas os déficits funcionais; e, por fim, à nova literatura sobre a natureza da cura, que equilibra e integra o funcionamento, os pontos fortes e a doença da pessoa em uma única visão de cura (Cassell, 2013).

Como reflexo dessas considerações, o primeiro componente passa agora a chamar-se “Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença”. Da mesma forma, o diagrama que descreve o primeiro componente mudou (*ver* Fig. 1.1) e agora tem três círculos que se intersectam (um para a saúde, um para a doença e um para a experiência da doença). O mais importante é a parte inferior desse novo diagrama, que salienta a integração dos aspectos relevantes da saúde, da doença e da experiência da doença em uma síntese totalmente única para cada pessoa. Essa integração sempre foi parte de nosso diagrama, mas nem sempre foi tão destacada quanto será nos capítulos deste livro. Demos maior ênfase aqui para destacar que a assistência à saúde não tem duas ou três metas (como o tratamento das doenças, a ajuda para a mobilização de pontos fortes ou o cuidado dispensado à pessoa), mas, sim, uma meta central, a saúde das pessoas como um todo.

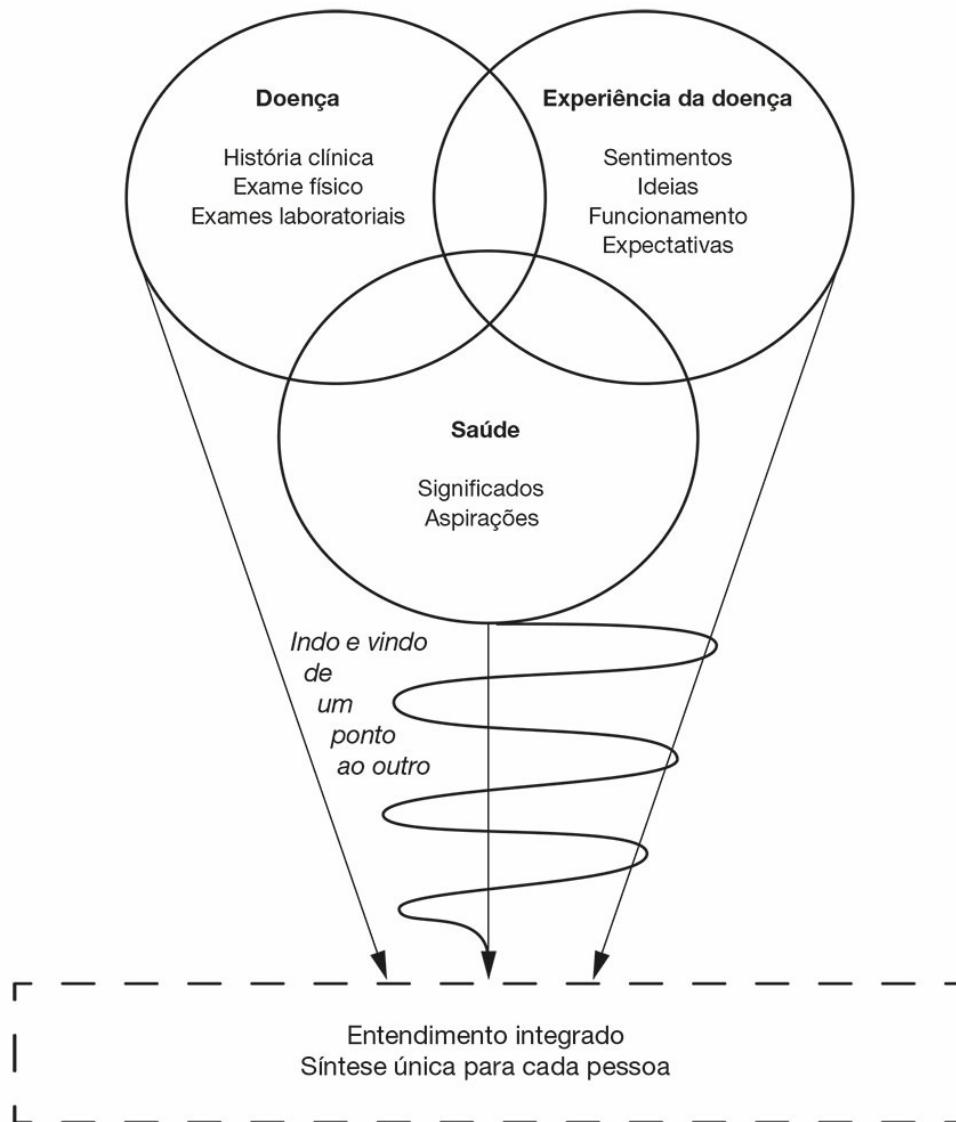


FIGURA 1.1 Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.

Voltando-nos por um momento para a forma como incorporamos a prevenção e a promoção da saúde aos outros quatro componentes do método clínico centrado na pessoa, incluímos a promoção da saúde durante o encontro direto com a pessoa no primeiro componente, o qual trata da exploração das dimensões da saúde junto com cada pessoa. As atividades de educação para a saúde e a prevenção de doenças, que são ações, e não explorações, estão incluídas no terceiro componente, “Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas”.

Neste livro, descrevemos, então, os quatro componentes do método clínico centrado na pessoa, resumidos no Quadro 1.1 e ilustrados na Figura 1.2.

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

