

Conceito e implementação do cuidado centrado na pessoa na perspectiva do médico da estratégia saúde da família**Concept and implementation of the person centered care in medical perspective of family health strategy**

DOI:10.34117/bjdv6n9-728

Recebimento dos originais: 08/09/2020

Aceitação para publicação: 01/10/2020

Lesley Ane Roks de Lima

Acadêmica do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário de Maringá (UniCesumar)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, Maringá, PR, Brasil

E-mail: lesleyaroks@gmail.com

Bianca Batista dos Santos

Acadêmica do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário de Maringá (UniCesumar)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, Maringá, PR, Brasil

E-mail: biabs7996@gmail.com

Camila Longo Barros

Acadêmica do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário de Maringá (UniCesumar)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, Maringá, PR, Brasil

E-mail: camilalb24@hotmail.com

Aliny de Lima Santos

Orientadora, Doutora, Docente do curso de graduação em Enfermagem e no curso de Medicina na UniCesumar

Instituição: Centro Universitário de Maringá (UniCesumar)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, Maringá, PR, Brasil

E-mail: aliny.lima.santos@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi compreender a percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família acerca do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa, sua aplicabilidade e possíveis aspectos intervenientes na prática cotidiana. Métodos: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada junto a 10 médicos trabalhadores de cinco Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil, no período julho a setembro de 2017. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo temática. Resultados: Por meio do estudo, foi possível apreender que os entrevistados embora conheçam e aprovem o método, compartilham de dificuldades em sua operacionalidade, além de se constatar entraves na abordagem da relação médico-paciente. Todavia, explicitam em suas falas que quando aplicado, o método centrado na pessoa auxilia no empoderamento do indivíduo e na harmonia interrelacional dos profissionais. Salienta-se ainda nas falas, a necessidade de se desenvolver uma formação médica focada para além da cura da doença, mas também ao entendimento holístico com uma visão mais ampliada do indivíduo. Conclusão: Apesar de reconhecidamente valoroso, o método centrado na pessoa ainda é

pouco utilizado por impasses voltados à própria formação dos médicos, mas também a obstáculos estruturais e de aceitação por parte do próprio usuário. Espera-se, com esse resultado, colaborar com evidências para uma melhor abordagem dentro dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Relação Médico-Paciente, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to understand the perception of doctors of the Family Health Strategy about the concept of Person-Centered Care, its applicability and possible intervening aspects in daily practice. **Methods:** This is a qualitative research, carried out with 10 working doctors from five Basic Health Units in a city of southern Brazil, from July to September 2017. The semi-structured interviews were recorded, transcribed and submitted to thematic content analysis. **Results:** Through the study, it was possible to learn that the interviewees, although they know and approve of the method, share difficulties in its operation, in addition to noting obstacles in the approach to the doctor-patient relationship. However, they explain in their statements that when applied, the method centered on the person helps in the empowerment of the individual and in the interrelationship harmony of professionals. It is also emphasized in the statements, the need to develop a medical training focused beyond the cure of the disease, but also to the holistic understanding with a broader vision of the individual. **Conclusion:** Although admittedly valuable, the person-centered method is still little used by impasses directed to the very formation of doctors, but also to structural obstacles and acceptance by the user himself. It is expected, with this result, to collaborate with evidence for a better approach within the health services.

Keywords: Patient-centered care, Doctor-patient relationship, Health Services.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um espaço de articulação entre a promoção da saúde, prevenção e recuperação de agravos. Configura-se como porta de entrada prioritária e ordenadora das redes de atenção à saúde, com foco no cuidado integral, na equidade, na longitudinalidade e em ser mais efetivo dentro das demandas emergentes do cenário sanitário local ¹.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surge então como uma estratégia de implantação de equipes de APS, contribuído significativamente para o aumento do acesso da população aos serviços de saúde, visando não apenas promover a reabilitação da doença, mas também modificar a situação de saúde da população, mediante o vínculo e reconhecimento de determinantes e condicionantes ².

No contexto da APS, compreende-se a relevância de tecer um cuidado centrado na pessoa por meio de uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Ter a pessoa como centro do cuidado refere-se a ver o indivíduo quanto a sua capacidade para coparticipação na promoção de sua saúde, empoderando o sujeito de modo a auxiliá-lo a reconhecer seu potencial para o autocuidado ³.

Deste modo, o cuidado centrado na pessoa exige que o profissional de saúde, médico, crie um ambiente facilitador, sendo empático, atento e reconhecendo o outro tal qual esse se apresenta ⁴. Logo, a inserção desta abordagem no cotidiano de atendimento de médicos da ESF, sendo orientado porventura desde sua formação, seria a ferramenta mais precoce de consolidação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) para contribuir em um encontro genuíno e disruptivo entre aquele que cuida e o que é cuidado ⁵.

O Método Clínico Centrado na Pessoa foi sugerido por Stewart ⁶, o qual teve sua publicação atualizada em 2015. Pode ser dividido em quatro componentes: Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); elaborando um projeto comum de manejo; intensificação o relacionamento entre médico e pessoa ^{7,8}.

O primeiro deles visa interpretação daquele que demanda o cuidado, considerando a exploração da doença e da experiência do adoecimento junto ao seu maior interessado, o paciente. O segundo componente busca entender o ser em sua totalidade: o indivíduo e o seu entorno familiar, aspectos pessoais e de desenvolvimento, contexto próximo – família, emprego – e contexto distante – comunidade, cultura ^{7,9}.

O terceiro componente é o entendimento conjunto entre o médico e a pessoa a respeito da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento. Significa a elaboração de planos e metas conjuntas para manejo dos problemas, identificando os papéis a serem assumidos por ambos. Por fim, o quarto, discorre sobre a intensificação da relação médico e pessoa, entendida como vínculo, confiança mútua, sensação de propósito e o efeito terapêutico da relação interpessoal, a transferência e a contratransferência ^{7,9}.

Em suas edições anteriores, o método clínico elaborado por Stewart ⁶, era composto por mais dois componentes, sendo eles, “incorporando a prevenção e promoção de saúde” e “sendo realista”, os quais foram incorporados nos quatro componentes descritos anteriormente ¹⁰.

Em suma, o MCCP, denominado aqui Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), tem como premissa estabelecer boa relação entre profissional de saúde, médico, e indivíduo, favorecendo abordagem integral, subsidiando a elaboração compartilhada de planos de cuidados, o que oportuniza a incorporação de medidas de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Ademais, busca propor medidas que sejam factíveis de serem aplicadas àquele indivíduo, inserido em um contexto e que vivencia circunstâncias específicas de vida ⁷.

Estudos ^{10,11} têm evidenciado a relevância do CCP na prática do médico da estratégia da saúde da família, reforçando que mediante uma atuação centrada na pessoa, obtêm-se melhores

resultados quando comparada aos modelos tradicionais. Entende-se que o CCP produz ganhos, tais como aumento do vínculo desse profissional e paciente, da satisfação com o serviço/atendimento¹⁰; favorece a busca pelo serviço de saúde e a adesão a tratamentos propostos¹¹; além de reduzir sintomas referentes à condição clínica. O CCP configura como domínio essencial para a prática profissional colaborativa, foco de diversas políticas de saúde abordadas na APS, tais como a Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Promoção da Saúde¹².

Embora se sobressaíam estudos provenientes da área da saúde, com maior ênfase no Cuidado Centrado na Família, realizados no âmbito hospitalar^{11, 13, 14}, observa-se escassez de produção nacional diretamente relacionada ao CCP, sendo ainda maior no que tange a implementação desta prática dentro da APS. Ademais, entende-se que a análise da compreensão e percepção de aplicabilidade do CCP por parte de médicos atuantes na APS é deveras relevante, pois poderá suprir uma lacuna de conhecimento nesse nível da atenção, bem como poderá subsidiar novos estudos e intervenções com vistas a fortalecer sua implementação.

Buscou-se, por meio desta pesquisa compreender a percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família acerca do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa, sua aplicabilidade e possíveis aspectos intervenientes na prática cotidiana.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, cujos sujeitos informantes foram 10 médicos das equipes de ESF alocadas em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, no período de julho a setembro de 2017. A escolha das UBS deu-se de modo intencional, devido maior facilidade de inserção e acesso dos pesquisadores.

Inicialmente, os profissionais foram apresentados à pesquisa, e então convidados a participar. Foram agendadas as entrevistas, que ocorreram na própria UBS em dia e horário marcados.

Para nortear o levantamento de dados utilizou-se um roteiro semiestruturado, constituído de duas partes: 1. Dados de caracterização socioeconômica, formação profissional e tempo de atuação na equipe; e 2. Questões norteadoras que buscaram contemplar os componentes propostos no conceito do CCP¹⁰: 1. Para você, o que é o cuidado centrado na pessoa? 2. Você acredita que esta abordagem seja implementada por você em sua prática cotidiana neste serviço? Fale-me sobre isso. 3. Para você, quais as repercussões que o cuidado centrado na pessoa tem para o seu processo de trabalho e para a sua equipe de ESF?

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos. Foram transcritas integralmente e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática ¹⁵ composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados.

A pré-análise é a fase da organização dos documentos, em que ocorreram a leitura flutuante, a escolha dos relatos, a formulação de hipóteses e a elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação. A etapa de exploração do material consistiu em encontrar grupamentos e associações que respondam aos objetivos do estudo, surgindo assim, as categorias. Já a fase de tratamento dos resultados, compreendeu o momento em que foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados encontrados ¹⁵.

Por meio da pesquisa foi possível obter três unidades temáticas: Conceitos e percepções do Cuidado Centrado na Pessoa segundo médicos da ESF; Contribuições do Cuidado Centrado na Pessoa na prática cotidiana na equipe ESF e Aspectos intervenientes para a implementação do Cuidado Centrado na Pessoa. Tais temáticas foram levantadas, pois o CCP propõe mudanças em conceitos, habilidades e valores profissionais, propiciando abordagem holística e responsabilidades compartilhadas com o paciente.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicesumar (CAAE: 69031517.1.0000.0104). De modo a preservar a identidade dos participantes, os quais foram identificados na pesquisa pela letra M de médico (a), seguida pelo número que representa a ordem das entrevistas (Ex.: M1).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos 10 médicos entrevistados obteve-se média de idade igual a 35,5 anos e 7,3 anos de atuação no serviço de APS. As especialidades relatadas pelos entrevistados foram: pediatria (1), clínica médica (1) e medicina de família e comunidade (8).

Mediante os relatos obtidos através das entrevistas semiestruturadas acerca do entendimento e aplicabilidade do CCP, foi possível observar três unidades temáticas: 1. Conceitos e percepções do Cuidado Centrado na Pessoa segundo médicos da ESF; 2. Contribuições do Cuidado Centrado na Pessoa na prática cotidiana na equipe ESF; e 3. Aspectos intervenientes para a implementação do Cuidado Centrado na Pessoa. Tais unidades serão apresentadas a seguir, juntamente com recortes de falas dos participantes.

Conceitos e percepções do cuidado centrado na pessoa segundo médicos da ESF

A compreensão e a interpretação do conceito de CCP dentro de sua prática cotidiana é fator fundamental para sua implementação¹⁰. Ao serem questionados acerca do que entendiam sobre o cuidado, associaram ao olhar específico sobre o sujeito. Nesse aspecto, os médicos entrevistados ao definirem o CCP revelam que ainda existe uma visão incompleta da abordagem, estando focada apenas no segundo componente “entender o ser em sua totalidade”.

[...] Seria você olhar o paciente como um todo, uma visão geral e você levar em consideração o que aquele usuário precisa, saber o que ele traz para gente. Eu acho que quando você pensa em centrado na pessoa é devido às necessidades do indivíduo, o que ele está apresentando e o que a gente pode oferecer. [...] (M4)

[...] É o que o próprio nome diz. É você olhar a pessoa como um todo e direcionar esse cuidado nas queixas desse paciente. [...] (M9)

Nas falas, fica claro que os profissionais possuem coesão em seus depoimentos, reforçando a relevância da percepção do sujeito como um todo. Todavia, chama atenção o fato de inicialmente tratar-se ainda de um olhar simplificado do tema, tendo em vista as múltiplas facetas do indivíduo.

Apesar da atuação humanizada e dirigida a escutar e conhecer a pessoa, o fundamento do método não é compreendido, visto a fala contraditória de M9, pois apesar de compreender uma visão holística do sujeito ainda direciona seus cuidados apenas às queixas, o que evidencia o retorno ao modelo biomédico. Logo, aspectos como proporcionar a autonomia daqueles que buscam assistência não são listados enquanto conceito desta abordagem aplicada pelos entrevistados¹⁰.

Não obstante, o olhar voltado para além da prescrição de tratamentos, a oferta de cuidado ancorada na empatia, na sensibilidade e na responsabilização pelo bem-estar do paciente também surgiram nos depoimentos.

[...] O cuidado centrado na pessoa é o que norteia toda a nossa prática, os nossos processos. É você construir o cuidado a partir do sujeito, organizar sua oferta de acordo com a demanda, de acordo com as necessidades das pessoas que entram aqui. [...] (M1)

[...] Tentamos ressuscitar essas questões que são humanas que vêm sendo desvalorizadas sistematicamente pela nossa sociedade. Como afeto, paixão, carinho, que produz muito mais saúde do que qualquer troca que a gente possa imaginar [...] (M6)

[...] Então eu acho que é uma forma de cuidado que traz mais resultado do que aquele em que você somente pensa em prescrever e não se importa se o paciente vai aderir ou não [...] (M7)

No contexto da APS, as subjetividades e determinações do processo saúde e doença devem fazer parte do atendimento do médico. Ao passo que o profissional potencializa seu atendimento,

fortalecendo e qualificando o resultado da sua consulta, ele ainda leva em conta que as doenças e o sofrimento teriam uma maior dimensão que o papel social e emocional da pessoa, o que limitaria entender sua real doença ¹⁰.

Logo, na implementação do CCP, os profissionais são encorajados a utilizarem habilidades de comunicação assertiva e empática, com o objetivo de alcançar a centralidade na pessoa durante a consulta médica e com isso, a busca de atendimento integral e resolutivo, e a promoção do autocuidado do paciente ¹⁶.

Contribuições do cuidado centrado na pessoa na prática cotidiana da equipe ESF

No que diz respeito à compreensão dos médicos, acerca das contribuições do CCP no contexto de trabalho da sua equipe, é evidente o reconhecimento da importância de uma abordagem que busque além do fator curativo, mas também que favoreça o vínculo e a inserção do paciente como centro de cuidado.

Para os entrevistados, o cuidado efetivo requer aproximação, olhar atento e escuta ativa às reais necessidades do paciente, no que diz respeito ao seu contexto familiar, social, cultural, entre outros; e o respeito pela sua participação no cuidado ¹⁷, sendo estas ações integradas ao terceiro componente do método: “entendimento conjunto entre médico e pessoa”.

[...] Vou fazer uma analogia: Se a gente assume papel de pai e mãe enquanto o paciente está fragilizado, é como se ele fosse uma criança, ele aceita nossa orientação. Quando ele começa a ficar um pouco mais independente, vai ganhando autonomia, ele vai deixando sua vulnerabilidade e vai ganhando confiança em se cuidar sozinho [...] (M2)

[...] Quando a gente atende o paciente, e pensa nele como um todo, orienta e tenta promover o autocuidado, vemos qual é a dificuldade dele. Assim, fazemos um plano de cuidado. Se, de repente, o que a gente orientou não está sendo feito, quais são essas dificuldades que ele está encontrando? Então, a gente tenta se articular, trabalhar junto e fazer ele entender que precisa se ajudar e nos ajudar [...] (M3)

[...] Eu costumo explicar o motivo pelo qual vai precisar fazer esse tratamento, ele (o paciente) precisa entender, senão não vai aceitar [...] (M5)

[...] Ao fazer o atendimento a gente acaba conhecendo a família toda do paciente, sua realidade social, problemas, conflitos e interesses. Daí sim é possível tratar, cuidar [...] (M8)

Nas falas é observada a percepção de que uma melhor comunicação e relação entre médicos e pacientes favorece a qualidade técnica da atenção prestada ao usuário. Entre os atributos da APS, a longitudinalidade, ou seja, o vínculo entre profissional e paciente, é um dos maiores responsáveis pela adesão a cuidados prescritos. Estudos têm associado à continuidade do cuidado na APS a

resultados positivos mais amplos, como a diminuição de internações e maior satisfação do paciente¹⁸.

Ainda, nesta perspectiva da longitudinalidade, para alguns entrevistados, a ação colaborativa e pactuada entre profissionais médicos e pacientes, é reconhecidamente positiva, tendo em vista que resulta em melhor adesão a comportamentos e tratamentos indicados. Somado a essa conduta colaborativa, o vínculo entre os sujeitos otimiza ainda mais seu resultado, o que referencia a aplicação do quarto componente “intensificação da relação médico-pessoa”^{7,9}.

Todavia, observou-se pouca menção em relação ao empoderamento do sujeito neste processo de cuidado, em que apenas um entrevistado referiu inserir o sujeito, como agente responsável pela sua saúde.

[...] A gente tenta corresponsabilizar o paciente. Necessito que ele faça parte do próprio tratamento e tenha vontade de se tratar, que sem a ajuda dele eu também não vou conseguir fazer nada. Acabamos assim, criando um vínculo de amizade com o paciente. Ele por se sentir confortável, se sentir acolhido, acaba aderindo. (M7)

O empoderamento do sujeito é pautado, principalmente, no diálogo e problematização para aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para o autocuidado, enfatizando o problema e a resposta do usuário, sempre, com estímulo à reflexão. Parte-se do princípio de que o usuário empoderado sobre seu cuidado é capaz de tomar decisões informadas de forma autônoma em seu próprio benefício, com habilidade de reconhecer e avaliar seu comportamento e definir metas reais que contribuam com as práticas de autocuidado¹⁹.

O CCP também é importante neste sentido, uma vez que transforma um ambiente tácito e, de certa forma, afastado em suas esferas relacionais, em um ambiente colaborativo e cultural²⁰. Para que haja um estreitamento na relação entre paciente e profissional é necessária humanização, o resgate da condição humana e valores, como: acolhimento, apoio, escuta, empatia, solidariedade, sensibilidade e diálogo¹². Tal panorama favorece um contexto laboral produtivo e satisfatório²¹.

Os profissionais entrevistados enfatizaram vivenciarem esse ambiente salutar, considerado até gratificante e valoroso; e atrelaram a isso à implementação de um cuidado voltado ao paciente.

[...] O ambiente de trabalho se torna muito mais positivo, fica um ambiente muito mais fácil de se trabalhar. Você consegue ampliar a visão em cima do cuidado, acaba sendo muito mais prazeroso o trabalho em si [...] (M1)

[...] Fica mais gostoso trabalhar, e não só porque é melhor para o usuário, mas para a gente é mais tranquilo, é mais gratificante. Conseguimos sair dessa postura do médico todo-poderoso que é a pessoa que tem que ter todas as respostas e conforme fazemos esse processo, trabalhamos mais leve, de forma menos estressante também. E é legal, a gente

acaba fazendo vínculos afetivos bem intensos no ambiente de trabalho. Isso é muito bacana [...] (M2)

Como visto, o contexto laboral e o modo como o processo de trabalho é organizado pode interferir no envolvimento do médico com o seu desempenho. Do mesmo modo, o profissional que utiliza o CCP tende a desenvolver menos sinais de estresse, tendo melhor desempenho profissional, com garantia da qualidade da assistência prestada ²².

Logo, na prática cotidiana do CCP, os profissionais adquirem uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde e compartilham de uma responsabilidade pela formação de vínculo entre o profissional e o paciente. Dessa forma, o paciente adquire uma autonomia para atuar como parceiro de seu próprio cuidado, tornando a realidade do profissional menos desgastante na prática cotidiana da Unidade de Saúde.

Aspectos intervenientes para a implementação do cuidado centrado na pessoa

Muitos são os desafios vivenciados pelos profissionais na aplicabilidade desse recurso e inclusive, sua formação, a qual não valoriza essa abordagem centrada na pessoa. Nesse sentido, pode-se levar em consideração a formação das escolas médicas, em que se tem uma tradição em um modelo hospitalocêntrico, ou seja, em colocar a pessoa não como um ser complexo em sua totalidade, mas sim como ser que porta uma doença ^{5, 8}.

[...] O treinamento e a capacitação hospitalar não discute o CCP, ela é feita para a fragmentação, e aí, normalmente, o profissional que vem para o posto sem uma formação em saúde da família, não vem preparado, porque foi o que ele aprendeu, e porque isso não é discutido na maioria das escolas médicas [...] (M2)

[...] A realidade da maioria dos cursos de medicina tem uma formação hospitalar, não têm uma formação para a Atenção Primária. Eu na minha faculdade, não vi nem o assunto da medicina de família. O que eu vi foi saúde coletiva bem geral. E isso acontece com a maioria das pessoas que se formam em medicina, então o atendimento é um atendimento no modelo hospitalar, porém em uma unidade de saúde [...] (M3)

[...] E é nítido ver como os internos quando passam aqui com a gente, eles não querem saber quem é a Dona Maria ou o Senhor José, eles querem saber da diabetes, da pressão, qual é o nome desse diagnóstico [...] (M4)

Nas falas, percebe-se a assimilação feita pelos próprios profissionais entrevistados, acerca da diferença do modelo assistencial para o modelo médico-centrado. Este tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção de doenças, não deixando à parte a tentativa da cura e do alívio da dor do outro ²³.

De modo a reforçar a relevância da formação voltada para a medicina de família e comunidade, um estudo²⁴ sobre a relação do Programa Mais Médicos (PMM) nas cinco regiões do Brasil identificou que os escores em todos os atributos da APS foram favoráveis, com exceção do primeiro contato. Neste estudo é discutido que a formação em medicina de família e comunidade em 100% dos médicos cubanos entrevistados, além da média de 5 anos de experiência de atuação, foi uma importante contribuição para tal resultado²⁴.

Do mesmo modo, tem-se também como ideal para formar profissionais capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do CCP, o fato de que é essencial construir o conceito de indivíduo doente, sob uma perspectiva indissociável e intrínseca entre doença e adoecimento - *Disease e Illness*²⁵.

O conceito de *disease* no CCP envolve o papel técnico e especialista do profissional de saúde na resolução da doença, levando em conta o paciente como um todo, isto é, interpretando-o de forma que atinja suas esferas sociais, psicológicas e sanitárias. Há uma preocupação tanto no modo do atendimento quanto na elaboração de um plano de manejo. Já o conceito de *illness*, refere-se à experiência da pessoa com a doença, ou seja, a maneira como se dá tal convivência e se isso implica em alguma deficiência de cunho interrelacional, por exemplo. Trata-se do modo como a própria portadora da doença a vê e como isso implica nas escolhas de seu tratamento²⁶.

Com isso, é possível observar uma dada resistência da população em relação ao modelo não totalmente voltado para a cura de enfermidades, mas também para a promoção do bem-estar, no qual se obteria melhora na adesão a orientações e prescrições²⁷.

[...] Às vezes até os pacientes querem mais um método tradicional, que é aquele que estão acostumados. (M2)

[...] Nem sempre os pacientes querem comentar sobre assuntos pessoais, então é difícil você retirar toda a informação que você precisa, tem que insistir. Eles acham que a gente, às vezes, está entrando no âmbito particular de cada um. (M5)

Entende-se então, que impera ainda a práxis de um passo a passo de como seria uma consulta médica; e ações realizadas que diferem disso são interpretadas como algo invasivo, levando ao afastamento da unidade de saúde de um dos seus focos principais, a promoção de saúde²⁷.

Ao mesmo tempo em que muitos profissionais reconhecem o impasse existente entre as duas abordagens de atuações distintas – o cuidado tradicional e o centrado na pessoa – outros ainda insistem no modelo mais arcaico, o que resulta em uma falta de interesse desse grupo em atualizar-se e informar-se sobre assuntos de sua própria área. Nesse sentido, a atenção antes voltada para o

conhecimento técnico agora passa para atividades administrativas ²⁸, somando ainda mais aspectos que dificultam a realização do CCP, como a questão burocrática e do cumprimento de metas ²⁹.

[...] O paciente chegou aqui tem que atender. Às vezes, a própria gestão pede isso. Então, geralmente, o médico pode se aproveitar disso, pecando na qualidade da consulta, ou ele se protege, “não, eu atendo tanto, não dá pra demorar”, entende? [...] (M1)

[...] A gente acaba ficando muito focado nas metas e consultas e em fazer cadastramento na estratégia de saúde e acabamos nos perdendo um pouco do foco [...] (M8)

Para além das questões administrativas e organizacionais, a participação do paciente e adesão às orientações fornecidas também exercem influência no modo como o médico se envolve com este cuidado.

[...] Você sempre fala a mesma coisa, as mesmas orientações e isso nos desgasta muito. Chega um paciente aqui, vou dar exemplo do diabético, você pergunta pra ele: “O que você comeu?”, “Ah, eu comi doce”. Entendeu? Então é muito desgastante [...] (M10)

O desinteresse do profissional está intimamente ligado ao grau de adesão do paciente ao tratamento, visto que um baixo grau gera frustração e decepção por parte do profissional. Ademais, o papel da equipe de saúde é dado como essencial pela pessoa que procura o recurso terapêutico, como também pela sua família ¹³.

Não se pode apenas tangenciar esse fato, sem complementar que o nível de adesão do usuário também se relaciona à confiabilidade e habilidade de comunicação de quem o atende. Ainda, outros estudos apontam a construção do vínculo e da segurança ²⁹ a partir do momento em que os médicos da Estratégia Saúde da Família passam a oferecer informações sobre o possível diagnóstico e o tratamento em linguagem compreensível e esclarecedora ¹³.

Diante da dedicação e das experiências vivenciadas por muitos entrevistados, chama a atenção a comparação, que se torna comum, por parte de alguns médicos, entre o atual modelo que se tenta empregar nos serviços de saúde com o antigo modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, apesar da falta de empregabilidade do CCP, os profissionais compreendem sua atuação como corresponsáveis nos diversos métodos de adesão do paciente e como peças fundamentais na promoção de saúde e prevenção de comorbidades ¹².

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo, percebe-se o quanto o indivíduo também tem influência na execução do processo, sendo suas experiências extremamente determinantes. Destaca-se, ainda, a necessidade de

se proporcionar uma formação médica adequada aos profissionais de saúde para que saibam conduzir à autonomia e ao entendimento da pessoa como um todo, além de minimizar os fatores intervenientes abrangidos por este artigo. Gera-se, por fim, o desempenho de uma relação intensificada positivamente entre profissionais e pessoas.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houve conflitos de interesses na concepção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Santos LM. A Percepção dos Profissionais da Saúde sobre os Princípios da Atenção Primária em Pequenos Municípios Mineiros. *Rev de Administração Hospitalar e Inov em Saúde*. 2017; 14(4): 40-55.
2. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde Debate*. 2016; 40(111): 64-80.
3. Delbanco S, Delbanco T. Technology and transparency: empowering patients and clinicians to improve health care value. *Annals of internal medicine*. 2018; 168(8): 585-6.
4. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Rev Bras Prom Saude*. 2018; 31(3): 176-82.
5. Silva ATCD, Medeiros Junior MED, Fontão PDN, Saletti Filho HC, Vital Junior PF, Bourget MMM, et al. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. *Rev Bras Educ Méd*. 2017; 41(2): 336-45.
6. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010: 376.
7. Santiago LM, Reis AF, Botas PC, Pereira CD. Medicina centrada no paciente e capacitação do consulente Medicina Geral e Familiar. *RevADSO*. 2015; 3(5): 19-32.
8. Barbosa, MS, & Ribeiro, MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação medica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2016; 26 (Supl 8): S216-S222.
9. Sparrenberger F, Souza RFD, Gios TS, Porto TH. Aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) com dor crônica. *Arq Catarin Med*. 2013; 42(1): 85-8.
10. Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(34): 1-13.
11. Roy M, Levasseur M, Couturier Y, Lindstrom B, Généreux M. The relevance of positive approaches to health for patient-centered care medicine. *Preventive Medicine Reports*. 2015; 2: 10-12.
12. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface-Comunic, Saude, Educ*. 2016; 20(59): 905-16.
13. Balbino FS, Meschini, GFG, Baliero MMFG, Mandetta MA. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2016; 6(1): 84-92.
14. Anderson MIP, Rodrigues RD. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2016; 15(3): 242-52.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: edições 70; 2006.
16. Cruz CDSS, Fernandes DDRF, Martins SRR, Silva EJ, Silvério JB, Oliveira LC. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha-MG. *Gerais: Rev Saude Publica SUS/MG*. 2017; 2(1): 105-14.
17. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(ESP): 158-64.
18. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 201; 16(Supl.1): 1029-1042.
19. Cortez, DN, dos Santos, JC, Macedo, MML, Souza, DAS, Reis, IA, & Torres, HC. Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. *Ciencia y Enfermería*. 2018; 24: 23-32.
20. Mesquita AC, Carvalho EC. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6): 1127-36.
21. Fuzikawa AK. Método clínico centrado na pessoa: um resumo. NESCON/UFMG-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Belo Horizonte 2013.
22. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep; 302(12):1284-93.
23. Fertoni HP, Pires DEPD, Biff D, Scherer MDDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(6): 1869-78.
24. Kemper ES. Programa Mais Médicos: contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde [tese]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2016.
25. Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev Bras Educ Méd*. 2014; 38(2): 283-8.
26. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. 1. ed. E. Artmed; 2013.
27. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Esmeraldo Filho CE, Queiroz DM. Tensão Entre o Modelo Biomédico e a Estratégia Saúde da Família: A Visão dos Trabalhadores de Saúde. *Rev APS*. 2017; 20(10): 98-106.
28. Person-centred care made simple. London: The Health Foundation, 2016. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>. Acesso em: 28 ago. 2020
29. da Silva ME, Lima MWH, de Macedo EYL, Medeiros MBC, Monteiro VCM, de Oliveira LRP, Bezerra INM, Vieira NRS. Atenção à saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*. 2020; 6(7): 44617-44631.