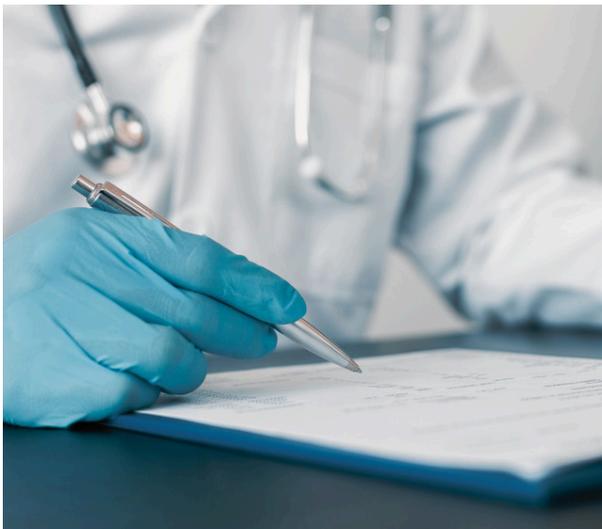


MEDICINA CENTRADA NA PESSOA

Mario Machado Filho (UNIFEFE)

O método clínico vem avançando ao longo da história da medicina, evoluindo para a observação e registro dos sinais e sintomas das diferentes enfermidades, estudos de anatomia patológica, e o combate das doenças por métodos com eficiência cientificamente comprovadas. Após a elaboração dessas primeiras teorias modernas em medicina, passou-se a utilizar dois modelos distintos para explicar o desenvolvimento das patologias.



O primeiro, chamado “modelo ontológico”, está relacionado aos métodos convencionais da época em que foi criado, afirmando que os quadros nosológicos se desenvolvem no corpo da pessoa, sendo possível considerá-lo uma entidade separada desta. O segundo modelo foi denominado “fisiológico” e, de acordo com ele, as doenças são conseqüentes a desequilíbrios internos ao próprio organismo ou resultam da sua relação com o meio ambiente, estando relacionado ao método descritivo, o qual busca retratar a doença em todos os seus aspectos, revelando uma abordagem abrangente.

No entanto, o modelo “ontológico” predominou, transferindo o foco do diagnóstico da pessoa para a doença, deixando de fora da abordagem clínica todos os aspectos subjetivos vivenciados no processo de adoecer. Assim, são ignoradas as experiências individuais de diferentes pessoas. O modelo “ontológico” favoreceu o aparecimento de novas tecnologias em saúde, fornecendo critérios de verificação e comprovação, demonstrando acertos e erros diagnósticos. O sucesso desse método por muito tempo obscureceu os seus pontos negativos, como a desconsideração dos sentimentos e emoções das pessoas, suas relações interpessoais, dificuldades econômicas, expectativas com relação a evolução de sua doença e seu futuro. As narrativas pessoais da experiência da doença passaram a ser simplesmente rejeitadas pelo(a) médico(a) e demais membros da equipe de saúde.

Sem saber lidar com as queixas subjetivas das pessoas, os(as) médicos(as) calam-se ou não as deixam se expressar, desconsiderando a importância de suas narrativas, mantendo-se fiéis as diretrizes racionais que desaguaram no MB. Porém, várias patologias são complexas e multifatoriais, muitas das quais são processos crônicos, ou seja, acompanham a pessoa por um longo período de suas vidas ou em definitivo, gerando um sofrimento prolongado, alterando completamente o conteúdo de suas vidas e, muitas vezes de toda a família.

A MCP, enquanto método clínico, começa a ser desenvolvida conceitualmente a partir dos anos 1980, em decorrência de demandas

populares por humanização dos atendimentos em saúde. Atualmente, é base curricular de muitas escolas médicas. De acordo com seus idealizadores, as atuais práticas predominantes em saúde são exageradamente influenciadas pelo MB, focado na doença e na realização de exames complementares. O MB busca reduzir a doença a um desvio de normas e variáveis somáticas quantificáveis, excluindo os aspectos sociais e psicológicos vivenciados pela pessoa que adoecer. Desse modo, trata a doença como uma entidade independente, procurando explicar os fatos apenas do ponto de vista fisiopatológico. A consequência é a redução da prática médica diária a simplesmente um conjunto de técnicas, não considerando pontos essenciais da relação médico(a)-paciente.

O ponto central da MCP concentra-se no seu modelo de abordagem e seu método clínico, onde o(a) médico(a) precisa compartilhar o poder da relação com a pessoa por ele(a) acompanhada, excluindo relações de hierarquia, além de lidar com toda a complexidade que envolve o processo de adoecer. A MCP visa em sua essência a compreensão do indivíduo em sua totalidade, ouvindo com atenção e respeito sua experiência com a doença, e todos os demais aspectos circunvizinhos a esse fato, na tentativa de elaborar um plano terapêutico, em comum acordo entre as partes. O modelo conceitual do método clínico centrado na pessoa inclui quatro componentes interativos: 1) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2) entendendo a pessoa como um todo; 3) elaborando um plano conjunto do manejo dos problemas; 4) intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

Muitas vezes, as razões que levam a pessoa ao médico são mais importantes para ela que o estabelecimento de um diagnóstico.

As repercussões da doença sobre a pessoa são as mais variadas, alterando sua relação consigo mesma e o mundo, suas expectativas sobre diferentes fatos e ambições em sua vida, lançando-a num mundo de incertezas. A experiência da doença costuma ser dividida em três estágios: conscientização (ambivalência: saber ou não dos fatos), desorganização (medo e depressão) e reorganização (junta suas forças para transcender seu sofrimento).



No entanto, o resultado concreto sobre todas essas experiências é extremamente influenciado pelos apoios que a pessoa pode encontrar naqueles que estão a sua volta. A confiança e atenção do médico, o apoio da família e amigos e, o próprio sistema de saúde em que está inserido, são fatores determinantes. A experiência da doença é uma quebra que abala intensamente nossa perspectiva sobre a uniformidade com que vivíamos desfrutando de plena saúde e, isso deve ser buscado na fala da pessoa para que possamos melhor compreendê-la e acolhê-la.

Após o entendimento e concordâncias mútuos em relação a condução do processo terapêutico, devemos prosseguir para a definição de metas e prioridades. É demasiado importante que as discordâncias sejam tratadas de modo diplomático, sem que o(a) médico(a) ignore as expectativas e ideias da pessoa, e sem que a pessoa deixe de ouvir e refletir sobre o que explana o(a) médico(a). Ambos devem engajar-se nesse processo. O médico deve explicar em detalhe os prognósticos relacionados as diferentes possibilidades diagnósticas e terapêuticas, vantagens e desvantagens de cada opção. O ambiente da consulta deve ser milimetricamente calculado para que o paciente sinta vontade de falar, sem constrangimentos. É relevante que o médico diferencie discordância de “não-adesão” e saiba trabalhar com objeções. O importante é que as metas estabelecidas resultem da interação entre ambos, ainda que a palavra final de concordância deva ser da pessoa. Um dado negativo sobre esse fato, e que aparece em diferentes pesquisas é que muitas pessoas preferem acolher a opinião do médico e não interferir no processo de investigação e tratamento.

Nesse processo, é importante que a relação entre a pessoa e o médico tenha continuidade no longo prazo, fato relevante para que ocorra a cura, apesar dos obstáculos encontrados em diferentes sistemas de saúde. Assim, os componentes interativos do método clínico centrado na pessoa, delineiam contornos e tomam formas ao longo das relações que vão se organizando entre os(as) médicos(as) e as pessoas que buscam assistência a sua saúde, servindo como função integradora e estabelecendo uma parceria entre as partes. O contexto, é então, caracterizado pela empatia, confiança, compaixão, cuidado, compartilhamento de poder, continuidade, constância, resultando em esperança e melhores expectativas de cura, aspectos que caracterizam o caráter humanístico da Medicina Centrada na Pessoa e, a inserem no modelo biopsicossocial.