

ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA

Max André dos Santos
Ana Carolina Diniz Oliveira

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A. C. D. Ação centrada na pessoa. Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7 p.

ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA

Max André dos Santos
Ana Carolina Diniz Oliveira

Como vimos no módulo de Modelos Assistenciais, os modelos de atenção à saúde podem ser fragmentados ou organizados em rede, podem ser organizados para atender situações agudas ou condições crônicas. Agora introduzimos mais uma classificação de modelos: centrado na doença e centrado na pessoa. Os processos de trabalho de cada um destes modelos são diferentes. Antes de fazermos uma comparação entre esses dois modelos, vamos falar um pouco sobre a importância de se mudar de um modelo para outro, superar paradigmas.

Segundo Kuhn (2003), paradigmas são formas de ver o mundo. Para superarmos paradigmas, é importante termos flexibilidade intelectual. Uma vez adquirida essa flexibilidade, poderemos, então, analisar cuidadosamente os paradigmas em jogo e fazer opções apropriadas aos universos nos quais, em cada momento, nos situamos.

Podemos dizer que o modelo que predomina hoje nos serviços de saúde é centrado na doença. O que queremos dizer com isto? Ficamos muito preocupados com os procedimentos necessários para se fazer o diagnóstico e o tratamento da doença e esquecemos-nos de tentar entender a pessoa que está doente (DUARTE, 2003; VARGAS, [2005?]).

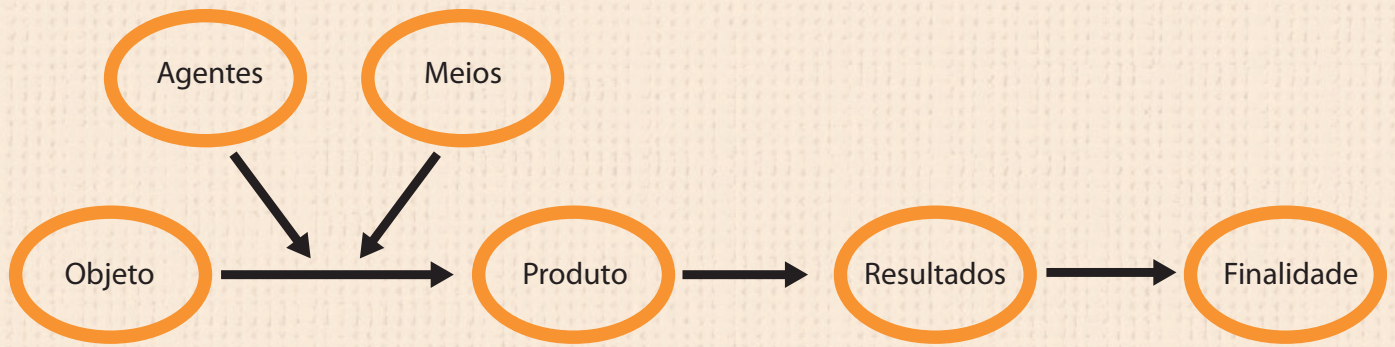
Qual é o problema com este modelo? Como ele é muito prescritivo e voltado para doença, muitas vezes a pessoa, por não se sentir ouvida e considerada no processo, não adere ao tratamento, que se torna ineficaz.

E, sabendo dos problemas desse Modelo Centrado na Doença, é necessário discutir um modelo que consiga envolver e comprometer as pessoas com sua própria saúde, ou seja, para que elas se tornem, cada vez mais, capazes de cuidar de si mesmas. Dessa maneira, a chance de se obter sucesso será maior. Essa é a proposta do Modelo Centrado na Pessoa, descrito por Balint e seu grupo de médicos gerais e psicanalistas, na Grã-Bretanha (BALINT, 1957). Esse modelo busca envolver as famílias e as comunidades a adquirirem uma postura proativa em relação aos seus problemas de saúde.

A criação e implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 1994, 1997) é fruto do esforço de mudança desse paradigma, mas ela por si só não é suficiente. Temos consciência de que essa mudança de modelo será um enorme desafio, pois isso implica uma mudança muito grande de mentalidade e comportamento, tanto por parte dos trabalhadores de saúde, quanto dos usuários, já que todos estão muito acostumados com a forma de pensar e trabalhar centrado na doença.

Não estamos discutindo o Modelo de Atenção Centrado na Pessoa por modismo. Pelo contrário, este Modelo está sendo proposto, por uma questão de necessidade, para sermos mais efetivos em nosso trabalho. A realidade do mundo hoje exige que os sistemas de saúde se adaptem às necessidades que se apresentam, caso contrário, eles ficarão cada vez mais obsoletos. Esta é uma discussão que está sendo feita no mundo inteiro.

Dito isso, vamos agora a uma breve comparação entre estes dois modelos. Para tanto, vamos tomar como referência o esquema de organização do processo de trabalho. Só para lembrar, vamos nomear os elementos deste processo:



No Modelo Centrado na Doença, a principal finalidade é o tratamento e, se possível, a cura da doença. Como grande parte das doenças crônicas não têm cura, podemos dizer que a finalidade é o controle desta, tentando mantê-la dentro dos parâmetros da normalidade. O objeto, como o próprio nome do modelo já diz, é a doença. A doença é um fenômeno ou uma entidade descrita e catalogada pela clínica. O que se precisa fazer é identificar os sinais e sintomas necessários para se chegar ao diagnóstico para depois tratá-la adequadamente (EISENBERG, 1977).

Nesse modelo, quem define o objeto de trabalho, no caso a doença, é o profissional de saúde, baseado em um diagnóstico. O usuário, neste caso, é considerado um paciente, no sentido da palavra, aquele que aceita de forma passiva. Tudo o que ele tem a fazer é colaborar com a equipe, para que esta faça o diagnóstico da doença, e seguir as prescrições para seu tratamento. O usuário sai do atendimento levando uma série de procedimentos propedêuticos (exames para serem feitos), orientações, encaminhamentos e prescrições de medicamentos, tudo isso visando ao tratamento da doença. Muitas vezes, sem entender qual seria seu diagnóstico, nem os procedimentos e as prescrições a serem feitos e seguidos. Ou seja, a alteração de seu estado de consciência é próxima de zero. Muito pouco se contribuiu para sua autonomia e capacidade para cuidar de si.

Com relação aos resultados, no modelo centrado na doença, o que se espera é que o usuário-paciente faça adequadamente os procedimentos e siga as prescrições para chegar ao controle da doença. Os principais meios utilizados para atingir os objetivos são aqueles necessários para se fazer o diagnóstico e o tratamento da doença. Destaca-se ainda que o principal conhecimento envolvido neste processo é o da clínica, no sentido mais restrito, como conhecimento técnico-científico

Já no Modelo Centrado na Pessoa, a finalidade vai além da doença, pois, mais do que trata-la, é preciso promover a autonomia. Entendemos que é preciso ir além do diagnóstico e do tratamento da doença, por mais que esses passos sejam muito importantes. Nesse sentido, temos dois conceitos muito importantes nesse modelo: o cuidado e a pessoa. O conceito de cuidado será trabalhado separadamente, em outro texto, dada a sua importância para a mudança de postura dos profissionais de saúde, possibilitando a valorização da abordagem centrada na pessoa.

Pensar em uma pessoa é pensar em um indivíduo, um ser humano capaz de desejar, pensar e ter um projeto para sua vida. A doença é um acontecimento ou um fenômeno que, de alguma forma, vai interferir na vida da pessoa e no seu projeto existencial. Saúde, neste caso, está relacionada com o modo de andar a vida (MERHY, 2002). Muitas vezes, as pessoas podem estar doentes, mas não têm consciência disso, portanto, não sofrem por conta dela. Por outro lado, podem também estar sofrendo, sem necessariamente estarem com uma doença (EISENBERG, 1977).

O que queremos dizer é que nem sempre as pessoas procuram o Centro de Saúde para tratar doenças. Muitas vezes, elas têm um sofrimento que não pode ser diagnosticado como tal. Essas pessoas podem se transformar num problema para a equipe, pois não se sabe muito bem o que fazer com elas. Por outro lado, mesmo quando a pessoa está doente, é preciso levar em consideração a experiência que ela tem com essa doença. Ou seja, há uma subjetividade, um sentimento das pessoas em relação a essa doença e como ela está ou não interferindo na sua vida.

Essas situações apresentadas pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias dos serviços públicos de saúde refletem os valores, as crenças e os comportamentos que têm, e que foram construídos ao longo de suas vidas. Resultam da inserção sociocultural de cada grupo na sociedade em que vivem e tem marcada influência no conceito que desenvolveram sobre saúde e doença. Representam posturas que, muitas vezes, não conseguem dialogar entre si, acarretando percepções distintas para a explicação e proposição de um plano de cuidado, quando do encontro de um profissional com um usuário no momento da consulta, da visita, do acolhimento, etc. São diferentes abordagens que têm raiz na cultura que ilumina o cotidiano da vida para esses diferentes grupos sociais. Essa dualidade pode ser mais bem compreendida quando se conhece o conceito de cultura, perante o fenômeno da saúde e da doença numa dada comunidade.

De acordo com Geertz (1973), a cultura é entendida como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um determinado grupo interpretar as experiências de vida e guiar suas ações. É o contexto no qual os diferentes eventos podem ser percebidos e compreendidos pelas pessoas. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas.

Influenciado pela concepção de Geertz (1973), Kleinman (1980) desenvolveu o modelo explicativo (Explanatory Model) no qual a saúde e a doença são vistas como parte de um sistema cultural que fornece modelos para a identificação e a resolução de problemas nesse campo.

Enquanto a percepção dos profissionais (que quase sempre orienta os programas de saúde) estaria associada aos conhecimentos biomédicos, a percepção da população (que orienta os comportamentos assumidos) estaria relacionada a uma rede de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais (KLEINMAN, 1985).

A doença, muitas vezes é percebida como ruptura de um fluxo do cotidiano. É “problema”, um fenômeno que pode ser trabalhado em duas perspectivas: na perspectiva da pessoa, como ela é experimentada pelos enfermos, num processo em que predominam os traços culturais de sua formação, com diferentes atribuições de importância; na perspectiva dos profissionais de saúde, como é a experiência desses no exercício de sua prática, num processo em que predominam “os valores biomédicos” e o conhecimento “objetivo” (OLIVEIRA, 2012).

Diante dessas situações, é necessário que os profissionais e a equipe estejam atentos ao problema que afeta, naquele momento, à pessoa, à família e a comunidade num determinado contexto social. Conhecer o problema significa compreender o que incomoda/perturba a pessoa, e que, em alguma medida, interfere em sua vida. No modelo centrado na pessoa, é importante que a decisão do objeto do trabalho não seja responsabilidade apenas do profissional ou da equipe, mas, também, implique a participação consciente e informada da pessoa/família/comunidade.

Dito de outra forma, podemos considerar que o estado de vida ou o estado de saúde de uma pessoa está diretamente ligado ao seu estado de consciência e, alterar seu estado de saúde significa alterar seu estado de consciência. Precisamos trabalhar com sua consciência para que ela se perceba no processo e se implique com suas questões, para tentar entender seu problema, suas demandas e necessidades. Para isso, é necessário que seja feita uma aliança terapêutica entre pessoa, sua família e a equipe, considerando o seu contexto de vida.

O produto desse modelo será um projeto terapêutico singular. Que será bordado em atividade específica. Os resultados estão diretamente ligados a esse Projeto Terapêutico Singular que foi elaborado junto com a pessoa, levando em consideração seu projeto de vida. Para isso, serão considerados seu saber, seus desejos, suas experiências, seus valores, etc.

O quadro abaixo sintetiza o que trabalhamos até então:

Quadro 1 – Comparação entre o método Centrado na Doença e o método Centrado na Pessoa

	Método Centrado na Doença	Método Centrado na Pessoa
Objeto	Doença	Problema
Agentes	Profissional de Saúde	Pessoa e equipe profissional da saúde
Meios	<ul style="list-style-type: none">• Meios materiais: salas, equipamentos, insumos, etc.• Conhecimento da clínica, como conhecimento - técnico - científico.	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a pessoa e seus problemas• Tratamento enfermidade• Conhecimento clínico ampliado, agregando outros conhecimentos importantes e necessários: transferência; vínculo; escuta qualificada; acolhimento; humanização; empatia, etc.
Produtos	<ul style="list-style-type: none">• Realizar o diagnóstico, procedimentos propedêuticos (exames para serem feitos), orientações, encaminhamentos e prescrições de medicamentos, tratamento da doença.	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento da pessoa, seus problemas e sua experiência com a doença.• Tratamento da enfermidade.• Projeto Terapêutico Singular.
Resultados	Paciente realiza adequadamente os procedimentos e segue as prescrições para chegar ao controle/ cura da doença.	O projeto deverá ser capaz de levar a pessoa a fazer aquilo que for necessário ou possível para agregar valor na sua vida ou no modo de andar a vida. Sempre tomando como referência a autonomia do sujeito.
Finalidade	Tratamento e cura/controlado da doença.	Autonomia no modo de andar a vida/ Empoderamento da Pessoa sobre sua vida (cuidar de si).

Fonte: Adaptado de BALINT, 1957.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. **The doctor, his patient and the illness**. London: Tavistock Publications, 1957.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between profesional and popular ideas of sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 9-23, 1977.

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1973.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of cultures: an exploration of boderland between anthropology and psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A.; GOOD, B. **Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Berkeley: University of California Press, 1985.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, A. C. D. **O Serviço Público de Saúde do Município de Bambuí, Minas Gerais: a visão do usuário idoso**. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas René Rachou, São Paulo, 2012.

VARGAS, P. **Medicina centrada en el paciente**. Curso Básico de Medicina Familiar. Centro Privado de Medicina Familiar. Asociado al Departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Sur de California. (USC - University of Southern California).Unidad de Docencia e Investigación. s/d.