

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Wendson Cavalcante Bernardino¹;

<http://lattes.cnpq.br/5431536597044239>

Ana Georgia Amaro Alencar Bezerra Matos²;

<https://orcid.org/0000-0003-3478-1573>

Carla Mikevely de Sena Bastos³;

<https://orcid.org/0000-0003-0319-7569>

Daniely Sampaio Arruda Tavares⁴;

<https://orcid.org/0000-0003-4101-2473>

Dárcio Luiz de Sousa Júnior⁵;

<https://orcid.org/0000-0002-1539-9267>

Ewerton Yago de Sousa Rodrigues⁶;

<https://orcid.org/0009-0000-0814-8200>

Jade Oliveira Brito Peixoto⁷;

<https://orcid.org/0009-0003-2231-1985>

Júlio César Silva⁸;

<https://orcid.org/0000-0003-3602-3776>

Larissa Rolim de Oliveira⁹;

<https://orcid.org/0000-0002-1406-2371>

Maria Aparecida Santiago da Silva¹⁰;

<https://orcid.org/0000-0002-4720-4479>

Maria Clara Alcantara de Freitas¹¹;

<http://lattes.cnpq.br/9478394339702750>

Maria Hellena Garcia Novais¹²;

<https://orcid.org/0000-0001-9150-0139>

Priscilla Ramos Freitas¹³;

<https://orcid.org/0000-0003-4047-4836>

Rakel Olinda Macedo da Silva¹⁴;

<http://lattes.cnpq.br/0146961314135080>

Vanessa Lima Bezerra¹⁵;

<https://orcid.org/0000-0002-1082-624X>

Vinicius Bezerra de Freitas Pereira¹⁶;

<http://lattes.cnpq.br/1452926939953353>

Vitória Beatriz Roberto Silva¹⁷.

<https://orcid.org/0009-0004-9118-3101>

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde, ao longo do tempo, tem seguido o Modelo Biomédico, que adota uma abordagem fragmentada e voltada para a doença. Essa visão tornou-se predominante na prática médica, priorizando o tratamento das patologias, desconsiderando os diversos aspectos envolvidos no bem-estar biopsicossocial dos indivíduos (Pessoa *et al.*, 2022).

Entretanto, uma assistência médica adequada exige a gestão de diferentes problemas de saúde em um mesmo paciente e a consideração do contexto familiar e social nesse processo. A limitação de uma abordagem médica focada apenas na doença é especialmente perceptível quando se avalia os desfechos advindos do processo de cuidado, já que as demandas dos pacientes envolvem, além do aspecto físico, questões psicológicas e sociais (Castro; Knauth, 2022).

Nessa perspectiva, nasce a Medicina Centrada na Pessoa (MCP), ramo assistencial que emprega uma visão holística no cuidado, considerando as vulnerabilidades dos grupos e suas necessidades específicas, estímulo ao autocuidado e integração dos pacientes na construção do plano terapêutico, melhora na habilidade de comunicação e o fortalecimento da relação médico-paciente (Stewart *et al.*, 2017).

Assim, em um contexto para promover uma nova visão sobre o papel do médico e valorizar a autonomia do paciente, surgiu o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Ao focar mais na pessoa do que no médico ou na doença, o método busca uma maior proximidade com o paciente, visando proporcionar um atendimento mais eficaz e melhores resultados terapêuticos (Castro, Knauth 2022).

Para tanto, estabelece quatro componentes principais: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo, o indivíduo, a família e o contexto; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; e fortalecendo a relação entre a pessoa e médico (Stewart *et al.*, 2017).

O primeiro componente envolve explorar tanto a condição de saúde quanto a experiência pessoal da doença. Isso significa que o médico deve investigar não apenas os sintomas e diagnósticos clínicos, mas também compreender como o paciente percebe a

sua condição, suas emoções e expectativas. Esse enfoque permite uma visão mais ampla do impacto da doença na vida do paciente, considerando aspectos como medo, ansiedade e mudanças no cotidiano (Paiva, 2020).

O segundo componente propõe entender o paciente como um todo, considerando sua vida pessoal, história familiar, contexto cultural e social. A ideia é integrar informações que vão além dos sintomas físicos para abranger questões psicossociais e ambientais que possam influenciar a saúde. Dessa forma, a prática clínica passa a incluir fatores como suporte familiar, situação econômica, e outros aspectos contextuais que podem afetar tanto o diagnóstico quanto o tratamento (Santiago *et al.*, 2020).

No terceiro componente, o método enfatiza a importância de encontrar um terreno comum entre o médico e o paciente. Isso envolve discutir as opções de tratamento, estabelecer metas compartilhadas e definir claramente os papéis de cada um no processo terapêutico. Ao fazer isso, é possível promover um plano de manejo mais colaborativo, que leva em conta as preferências e prioridades do paciente (Mandia; Teixeira, 2023).

Por fim, o quarto componente foca no fortalecimento da relação médico-paciente, conforme Stewart *et al.*, (2017), uma relação de confiança é fundamental para o sucesso do tratamento. Isso requer que o médico demonstre empatia, respeito e uma comunicação aberta, criando um ambiente onde o paciente se sinta ouvido e compreendido.

Dessa forma, nos últimos anos, verifica-se a importância de abordar e de se utilizar desse método. Com o aumento das doenças crônicas e o envelhecimento populacional, a necessidade de um atendimento mais humanizado e personalizado se tornou urgente. Diversos estudos apontam que o MCCP pode não apenas melhorar a satisfação dos pacientes, mas também promover melhores desfechos clínicos e otimizar o uso de recursos de saúde (Castro, Knauth 2021).

Assim, salienta-se que o método clínico centrado na pessoa pode ser utilizado em todos os níveis de atenção, dentro de qualquer especialidade, não se restringindo a atenção primária. Entretanto, verifica-se ainda uma resistência na utilização do MCCP, principalmente nos equipamentos de média e alta complexidade, onde a relação entre médico e paciente costuma ser mais verticalizada, com déficits de comunicação, inadequação da linguagem médica à realidade dos pacientes e falta de humanização e compartilhamento de decisões durante o processo de tratamento. Necessitando assim, de maiores esforços no sentido de estimular nesses espaços a implementação dos princípios que regem a medicina centrada na pessoa (Wanderley *et al.*, 2020).

Nesse contexto, surgiram as seguintes questões: quais os benefícios da utilização do método clínico centrado na pessoa na assistência médica e na saúde dos pacientes? Qual a percepção de médicos e pacientes em relação à utilização do MCCP? Que desafios permeiam a utilização de tal método?

JUSTIFICATIVA

O anseio para o desenvolvimento do presente estudo se deu devido a constatação de falhas assistenciais advindas de uma relação médico-paciente ineficaz, tão presentes ainda no sistema de saúde brasileiro, reflexo do modelo biomédico do cuidado, que corroboram para uma assistência ineficaz, baseada na medicalização e em intervenções muitas vezes desnecessárias, que dificultam o processo de cura ou de melhora dos pacientes e promovem um ônus para o sistema único de saúde. Necessitando, dessa forma, da discussão e implementação de métodos como o MCCP, no sentido de promover uma melhor assistência no campo da saúde.

RELEVÂNCIA

Assim, a pesquisa se torna relevante, pois possibilitará uma análise sobre as repercussões da utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), o que poderá fundamentar a implementação de estratégias mais eficazes de atendimento na área da saúde utilizando esse método. Ademais, ao verificar a percepção de médicos e pacientes em relação ao MCCP, este estudo enriquece a produção científica, oferecendo dados que servirão de base para futuras pesquisas, podendo servir, também, para uma melhor capacitação de estudantes e profissionais da saúde, preparando-os para atender de forma mais integral e humanizada as demandas dos pacientes.

REVISÃO DE LITERATURA

Trajetória histórica do processo saúde-doença e a conduta do médico nesse processo

Segundo a Organização mundial da Saúde (OMS,2011) a saúde pode ser definida como um bem-estar biológico, psicológico e social, sendo influenciada, portanto, por diversos fatores que vão além da presença ou não de doenças que afetam a homeostasia física dos indivíduos.

A relação e a preocupação referente ao processo da saúde e da doença sempre fizeram parte da história; sofrendo variações a depender das condições sociais, culturais, econômicas e dos conhecimentos científicos disponíveis em cada época (Fonseca,2007)

Assim, em relação a trajetória histórica do processo-saúde doença, Fonseca (2007) distingue oito momentos históricos onde este conceito apresentou significados distintos. No momento mágico religioso, por exemplo, a doença era vista como resultado de um castigo atribuído por uma entidade superior (como o Faraó, no Egito antigo) ou como resultado da possessão de espíritos. Havia, portanto uma atribuição relacionada ao controle social, pois quem desobedecesse seria castigado, perdendo sua saúde (visão que perdurou até o cristianismo)

Já os pensamentos de Hipócrates, considerado o pai da medicina, passou a associar as doenças e a relação com o ambiente; desenvolvendo, por exemplo, a “Teoria dos Miasmas”, onde as patologias seriam decorrentes da inalação de maus ares; além disso, destaca-se a teoria dos humores; onde a saúde estaria presente quando houvesse o equilíbrio entre os quatro humores: bile negra, bile amarela, fleuma e sangue; (Oliveira; Egry, 2000).

No que diz respeito a Idade Média, a saúde física era menos importante; se dava mais importância a alma; havia uma relação entre doença e pecado, e as patologias eram vistas como punições divinas, não havendo associação com as condições sociais e o estilo de vida de cada indivíduo (Fonseca,2007).

No Renascimento, ainda havia uma persistência do misticismo, mas o saber científico passou a ser mais valorizado; com destaque para os estudos anatômicos de Leonardo da Vinci, representando uma melhora do olhar científico em relação ao processo-saúde doença e a ciência médica;

Entretanto com o advento da Medicina social, começa a haver um olhar sobre a interferência das características sociais, econômicas e culturais na saúde e na doença da população (apesar de não haver medidas efetivas para intervir);

Mas com o surgimento do microscópio e o descobrimento dos microrganismos, houve uma associação entre a relação de vetores e hospedeiros no desenvolvimento e transmissão das doenças, representando um avanço na caracterização das causas dos problemas de saúde e das possíveis intervenções que poderiam ser feitas nas assistências médicas à saúde.

Apesar disso, ainda existia teorias distintas, que consideravam princípios diferentes de causa e efeito no processo assistencial e de cura como a Unicausalidade e Multicausalidade. A unicausalidade considerava que a doença era fruto de um único agente, como os patógenos, por exemplo; a Multicausalidade passou a considerar a chamada tríade epidemiológica (ambiente, agente e hospedeiro) (Oliveira; Egry, 2000).

Finalmente, surgiu o conceito de produção social, alinhado ao conceito de determinação; a doença não é vista como resultado de uma causalidade, mas sim de condições ligadas ao estilo de vida, estrutura social, cultura e espaço onde os indivíduos vivem, devendo, portanto, a assistência à saúde considerar todos esses aspectos no cuidado aos pacientes (Portelli, 2002).

Em relação a conduta do médico no processo-saúde doença em cada período histórico, observa-se que ele assumia papéis que condiziam com as crenças e os conhecimentos disponíveis em cada época. Então, de início as intervenções médicas eram centradas na doença, não no paciente e em suas particularidades. Houve períodos em que a medicina ocidental foi deixada de lado, como na Idade Média, em favor de uma maior preocupação com a salvação do espírito (portelli, 2002).

Em suma, priorizava-se o tratamento, enquanto fatores como condutas de prevenção, promoção da saúde e os demais aspectos biopsicossociais eram deixadas de lado. Com o reconhecimento da multicausalidade e do papel da determinação social no desenvolvimento de patologias, a figura do médico passou a reconhecer a importância de se estabelecer cuidados que fossem além do tratamento de patologias (Oliveira; Egry, 2000).

Os modelos de assistência à saúde

Os modelos de assistência à saúde evoluíram de acordo com os avanços científicos e com as mudanças sociais e culturais, refletindo diferentes concepções sobre saúde, doença e cuidado. Tradicionalmente, os modelos assistenciais foram orientados pela medicina biomédica, centrada no tratamento das doenças com foco nos aspectos biológicos e patológicos. Esse modelo, que predominou durante grande parte do século XX, destaca a relação médico-paciente como uma relação hierárquica, onde o médico assume o papel de detentor do conhecimento e o paciente é visto como um objeto de tratamento (Fonseca 2007).

No entanto, com o tempo, surgiram modelos alternativos, que buscam uma abordagem mais holística e humanizada da saúde. O Modelo Biomédico, embora eficaz em muitas situações, não abrange as dimensões emocionais, sociais e psicológicas dos pacientes (Portelli, 2002).

A crescente crítica a esse modelo fez surgir alternativas como o Modelo Bio-Psicossocial, proposto por George Engel na década de 1970. Engel argumentava que a saúde deve ser vista como um fenômeno que envolve não apenas aspectos biológicos, mas também fatores psicológicos e sociais, influenciando a saúde de forma integradora (Engel, 1977).

Este modelo permite que o médico considere o paciente em sua totalidade, reconhecendo as influências emocionais, sociais e comportamentais na saúde. Além disso, abriu caminho para modelos que envolvem a participação ativa do paciente no processo de cuidado, como o Modelo Centrado na Pessoa. Esse modelo vai além da abordagem biomédica, buscando estabelecer uma parceria entre médico e paciente, onde ambos colaboram na tomada de decisões sobre o tratamento, levando em consideração a história de vida, os valores e as preferências do paciente (Kolling, 2013).

A introdução de políticas públicas, embasando o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, representa um avanço nesse contexto, ao garantir que o atendimento à saúde seja acessível a todos e não se restrinja a uma abordagem voltada apenas para doenças específicas. A universalização do cuidado, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral à pessoa, reflete um compromisso com a saúde pública que envolve aspectos individuais, sociais e ambientais (Brasil, 2008).

Apesar disso, o modo como a assistência ocorre, depende também de como os profissionais vão atuar. Percebe-se, portanto, a importância de se disseminar conhecimentos relacionados à métodos como o MCCP, garantindo que façam parte do processo de formação desses profissionais e salientando a importância e os benefícios da utilização de metodologias mais humanizadas no processo assistencial, que considerem o paciente como um todo e não foquem somente nas patologias.

O método clínico centrado na pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) surgiu como uma abordagem que busca transformar a prática médica, colocando o paciente no centro do processo de cuidado. Essa mudança de paradigma reflete a evolução da medicina em direção a uma compreensão mais abrangente da saúde, que não se limita aos aspectos biológicos da doença, mas que também leva em consideração os contextos sociais, emocionais e psicológicos dos indivíduos (Stewart *et al.*, 2017).

O MCCP tem como objetivo promover uma relação mais próxima e colaborativa entre médico e paciente, reconhecendo que a experiência de saúde e doença é única para cada indivíduo e que a pessoa não deve ser reduzida a um conjunto de sintomas ou a uma doença isolada (Wanderley *et al.*, 2020).

A base desse método reside na compreensão de que a saúde deve ser tratada de forma integral. Isso significa que, ao invés de simplesmente se concentrar nos aspectos biológicos da condição do paciente, o médico deve dedicar atenção à forma como o paciente vivencia sua doença, suas crenças e valores, e como esses elementos afetam sua percepção de saúde. O profissional deve, portanto, explorar não apenas a doença em si, mas também as experiências emocionais e as histórias de vida dos pacientes, para poder oferecer um tratamento mais humanizado e eficaz. Esse processo envolve uma escuta ativa, onde o médico busca entender as experiências do paciente de forma empática e sem julgamentos (Stewart *et al.*, 2017).

Além disso, o MCCP enfatiza a importância de enxergar a pessoa como um todo, considerando o indivíduo dentro de seu contexto familiar, social e cultural. Isso implica que o médico não deve tratar a doença isoladamente, mas também deve levar em conta o ambiente social e os fatores externos que influenciam a saúde do paciente, como suas relações familiares, seu suporte social e suas condições econômicas. Sabemos que fatores como o apoio social, as condições de trabalho e as circunstâncias de vida têm grande impacto no estado de saúde, e, portanto, essas dimensões devem ser consideradas no planejamento do cuidado. A relação com a família, por exemplo, pode ser um determinante crucial na recuperação de um paciente, pois o apoio familiar pode contribuir de maneira significativa para o bem-estar emocional e físico do indivíduo (Wanderley *et al.*, 2020).

Outro aspecto essencial do MCCP é a construção conjunta de um plano de manejo dos problemas de saúde. Ao contrário de uma abordagem onde o médico é o único responsável por definir o tratamento, o MCCP propõe que o plano terapêutico seja desenvolvido em parceria com o paciente. Essa colaboração é fundamental para garantir que as decisões sejam alinhadas com as necessidades, valores e preferências do paciente. Ao envolver o paciente nesse processo, o médico não só fortalece a relação de confiança, como também aumenta as chances de adesão ao tratamento, uma vez que o paciente se sente mais empoderado e engajado em seu próprio cuidado. O modelo promove, assim, um protagonismo do paciente na gestão da sua saúde (Santiago *et al.*, 2020).

Além disso, o MCCP enfatiza o fortalecimento da relação médico-paciente. A criação de um vínculo de confiança, respeito e empatia é fundamental para o sucesso do tratamento. A qualidade da relação terapêutica pode influenciar diretamente a eficácia do cuidado. Quando o médico estabelece uma comunicação aberta e receptiva, o paciente tende a se sentir mais confortável para compartilhar informações sobre seu estado de saúde, preocupações e dificuldades, o que permite ao médico fornecer cuidados mais precisos e ajustados às necessidades reais do paciente. Esse vínculo não só facilita o diagnóstico e o tratamento, mas também favorece o bem-estar geral do paciente, promovendo sua saúde emocional e mental durante o processo de cura (Stewart *et al.*, 2017).

O MCCP também se alinha ao conceito de que os determinantes sociais da saúde, como condições de vida e trabalho, desempenham um papel importante na manutenção da saúde e no desenvolvimento de doenças. Esses fatores, muitas vezes fora do controle do paciente, devem ser considerados no processo de cuidado, pois influenciam diretamente a capacidade do paciente de lidar com doenças e de seguir os tratamentos propostos. A abordagem centrada na pessoa é, portanto, uma resposta à necessidade de olhar para o paciente de forma integral, reconhecendo que a saúde é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. A prática do MCCP implica em ir além da simples consulta médica, incorporando uma visão holística que se preocupa com todos os aspectos da vida do paciente e com as interações que ele estabelece com o mundo à sua volta (Cruz *et al.*, 2022).

Dessa forma, o Método Clínico Centrado na Pessoa não apenas oferece um cuidado técnico da doença, mas também cuida da pessoa como um ser único e multifacetado, respeitando seus direitos, suas necessidades e suas particularidades, com o objetivo de promover uma saúde mais completa e integral. A evolução desse modelo é fundamental para garantir uma medicina mais humanizada e eficaz, em sintonia com as exigências sociais e com os avanços na compreensão do processo saúde-doença (Stewart *et al.*; 2017).

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, utilizando uma metodologia que visa sintetizar a análise de pesquisas relevantes sobre o tema. Esse processo permitirá uma integração entre diferentes ideias, oferecendo novas perspectivas, ampliando o conhecimento disponível (Mendes, 2019).

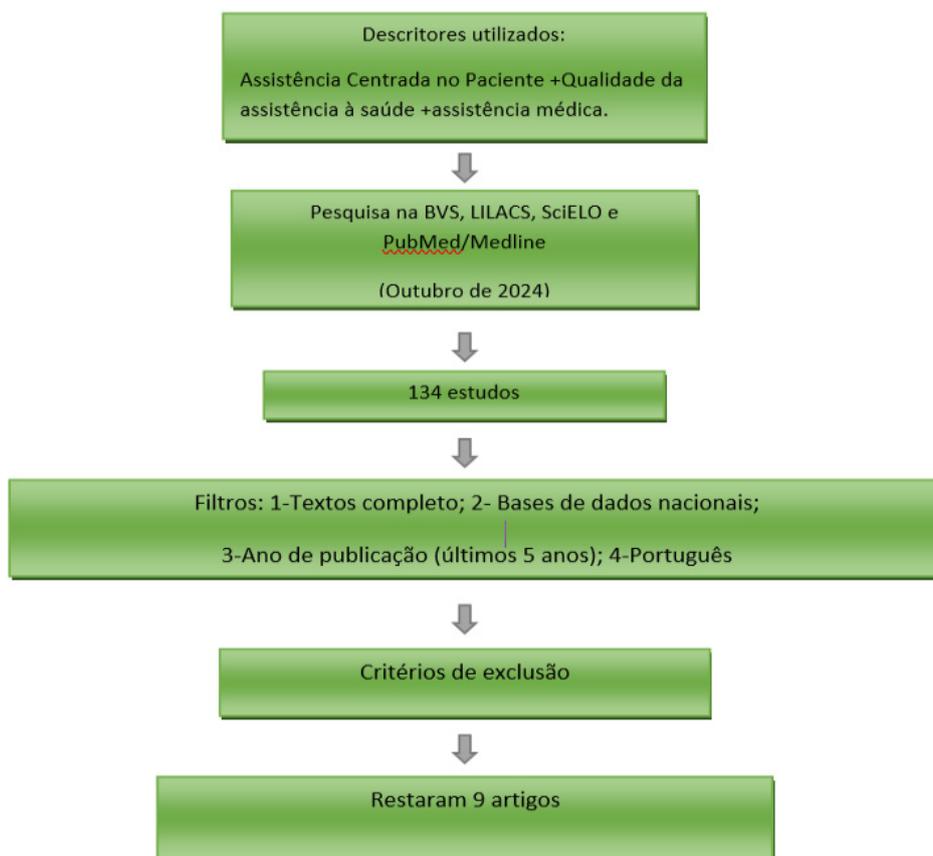
Para conduzir a revisão integrativa, foi feito o seguinte fluxo metodológico: delimitação do tema e definição da hipótese ou questão de pesquisa; busca de artigos considerando os critérios de inclusão e exclusão; seleção dos resultados a serem analisados; categorização dos estudos; elaboração de fichas dos artigos escolhidos; interpretação dos achados; e apresentação final da síntese do conhecimento (Mendes, 2019).

A pesquisa para selecionar os artigos que compuseram a amostra deste estudo foi realizada em outubro de 2024 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Web of Science* e *PubMed/Medline*. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Assistência Centrada no Paciente; Qualidade da assistência à saúde; assistência médica e o operador booleano AND.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos completos, em português, alinhados ao tema proposto e publicados nos últimos cinco anos. Foram excluídos estudos cujo foco não estava relacionado ao tema, duplicados ou com resultados incompletos.

A seleção inicial envolveu a leitura de títulos, resumos e resultados dos artigos encontrados. Identificaram-se 134 estudos inicialmente, mas após aplicar os critérios de inclusão, sobraram 29. Em seguida, aplicaram-se os critérios de exclusão, juntamente com uma análise dos resultados, resultando na seleção final de 9 artigos, que fizeram parte da amostra desta pesquisa e serão posteriormente analisados para integrar os resultados deste estudo (**Figura 1**).

Figura 1: Fluxograma para seleção dos artigos que fizeram parte da revisão integrativa.



Fonte: autores da pesquisa, 2024.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O **Quadro 1** apresenta os resultados da pesquisa, organizados de acordo com a caracterização dos artigos, incluindo autores, títulos, tipo de estudo e objetivo.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos selecionados.

Autores	Títulos	Ano	Tipo de estudo	Objetivo
Santos; Yogui; Bivanco-Lima, 2024	Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina: uma revisão narrativa.	2024	revisão narrativa de literatura	Verificar as estratégias utilizadas no processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) na graduação em Medicina

Valle, I.M., <i>et al.</i> , 2023	Adaptação cultural e validação da versão brasileira do questionário autopercepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar	2023	Estudo de campo, quali-quantitativo	Adaptar culturalmente e validar a versão brasileira do questionário "Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar.
Cruz, C.S.S., <i>et al.</i> , 2022	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	2022	Pesquisa descritiva e quantitativa.	Avaliar a utilização do MCCP no Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP) foi implantado na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ)
Castro, R.C.L., <i>et al.</i> , 2021	Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde	2021	estudo transversal	Investigar se há associação entre o grau de orientação ao MCCP, segundo a percepção da pessoa, e a satisfação com a última consulta médica em um serviço de atenção primária à saúde (APS)
Cieto, B.B., <i>et al.</i> , 2021	Cuidado centrado na pessoa -acompanhamento de paciente com má adesão ao tratamento para mastite em serviço de atenção primária à saúde: relato de caso	2021	Relato de caso	Descrever a experiência de internos de medicina no atendimento a uma paciente com má adesão ao tratamento para mastite na Atenção Primária

Barbosa, M.S., 2020	O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde: Aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina	2020	Metodologia qualitativa. seguindo paradigma interpretativo, analisando conteúdos de áudios gravados a partir de videofeedback de consultas realizadas pelos estudantes	Analisar a utilização do MCCP e suas dificuldades por estudantes de graduação em medicina
Paiva, M.B.P, 2020	O médico de família e a abordagem centrada na pessoa: desfechos do processo ensino-aprendizagem	2020	Estudo descritivo, exploratório com abordagem quanti-qualitativa	analisar o processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa, no âmbito das residências médicas de Medicina de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro
Sparrenberger, F.; Sousa, F.R.; Porto, T.H., 2020	Aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) com dor crônica	2020	Pesquisa qualitativa documental realizada a partir do atendimento de uma pessoa do sexo feminino (M.), com dor osteomuscular crônica e incapacitante	Desvelar o itinerário terapêutico de uma pessoa encaminhada ao Ambulatório de Diagnóstico Diferencial da Universidade Regional de Blumenau (FURB) para acompanhamento e avaliação, sob visão do MCCP
Wanderley, V.S., <i>et al.</i> , 2020	Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados	2020	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	Analisar as percepções de doentes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital universitário em relação aos médicos que os atendiam, assim como se tais percepções se enquadravam nos conceitos do método clínico centrado na pessoa ou no modelo biomédico

Fonte: autores da pesquisa, 2024.

Foram utilizados nove artigos, destes uma publicação de 2024, uma de 2023 e uma de 2022, duas de 2021 e quatro de 2020. Visto isso, verifica-se que o ano onde houve mais publicações foi o ano de 2020, e os que tiveram menos publicações foram os anos de 2022, 2023 e 2024.

Dessa forma, a partir da análise temática de conteúdo, de maneira a satisfazer os objetivos do presente estudo, emergiu três categorias, denominadas: *Categoria I - Repercussões da utilização do método clínico centrado na pessoa (MCCP)*, *Categoria II - Desafios na implementação do MCCP* e *Categoria III - Percepção de médicos e pacientes sobre o MCCP*.

CATEGORIA I - Repercussões da utilização do Método Clínico Centrado Na Pessoa (MCCP)

A análise dos estudos que a implementação do MCCP tem trazido repercussões bastante positivas tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Os estudos indicam que ao adotar esse modelo, os médicos observam uma melhoria na relação médico-paciente, refletindo diretamente nos desfechos clínicos dos pacientes (Cruz *et al.*, 2022; Castro, Knauth, 2021).

Corroborando com essa perspectiva, o estudo realizado por Cruz *et al.* (2022) destacou que, no Programa de Educação Permanente (PEP) implantado em 14 municípios da região Jequitinhonha, houve uma redução significativa de encaminhamentos (93,5%) e de pedidos de exames desnecessários (96,8%), o que sugere uma abordagem mais focada e eficiente, com maior utilização do tempo de consulta para discutir os problemas de saúde do paciente de forma integral. Essas melhorias na prática clínica foram observadas não apenas pelos médicos, mas também pelos pacientes, com 76,1% dos usuários percebendo uma melhoria na qualidade dos atendimentos após a participação dos médicos no PEP.

A relação médico-paciente, um dos pilares do MCCP, foi amplamente discutida nos artigos analisados. Os pacientes relataram maior satisfação e confiança no atendimento, além de uma sensação de acolhimento e empatia por parte dos médicos. No estudo de Sparrenberger *et al.*, (2022), a paciente M., que inicialmente não compreendia o motivo de tantos exames e tratamentos, passou a entender melhor sua condição de saúde e a participar ativamente do planejamento terapêutico. Isso foi possível graças ao uso de uma abordagem que integra os aspectos emocionais e sociais da pessoa, além das questões biomédicas. A melhoria na comunicação e no vínculo terapêutico facilita a compreensão mútua e fortalece a aliança entre médico e paciente.

Contudo, um aspecto recorrente em muitos estudos foi a observação de que, apesar de os pacientes se sentirem mais acolhidos, a participação ativa nas decisões clínicas ainda é limitada. Wanderley *et al.* (2020) notaram que, embora muitos pacientes demonstrassem gratidão e satisfação, ainda havia uma tendência a um modelo de relação médico-paciente

mais tradicional, com o médico assumindo uma postura de superioridade e o paciente adotando uma postura passiva.

Mesmo em contextos em que a comunicação foi mais aberta, como descrito por Barbosa (2020), a participação ativa na decisão clínica não foi completamente alcançada, o que reflete uma resistência, tanto cultural quanto profissional, à adoção plena do MCCP.

Além disso, a questão da linguagem foi outro fator limitante que surgiu. Muitos pacientes, especialmente aqueles com baixo nível de escolaridade, relataram dificuldades em compreender termos técnicos e médicos durante as consultas. A utilização de uma linguagem mais acessível é uma característica essencial do MCCP, mas sua implementação ainda encontra barreiras (Wanderley *et al.*, 2020).

Em algumas situações, como observado por Wanderley *et al.*, (2020), a ausência de uma comunicação clara entre médico e paciente reflete a permanência de práticas de comunicação centradas na doença, em vez de no paciente como um todo. Esse aspecto é fundamental para o sucesso do MCCP, pois um dos seus princípios é garantir que o paciente seja um agente ativo no processo de cuidado, o que depende de uma comunicação eficaz.

Por outro lado, os dados sugerem que a introdução do MCCP melhora a qualidade das consultas e o relacionamento com o paciente. No estudo de Barbosa (2020), os médicos perceberam que, ao adotar uma abordagem mais humanizada, houve uma melhoria na adesão dos pacientes ao tratamento. O fato de o paciente ser visto como um todo, levando em conta suas experiências e contexto de vida, resulta em um maior comprometimento com o plano de tratamento, o que potencializa os resultados clínicos.

No entanto, é importante ressaltar que a adesão ao tratamento está diretamente relacionada à percepção do paciente sobre a atenção recebida, o que implica que, apesar dos benefícios percebidos, a continuidade de práticas médicas mais técnicas e desumanizadas ainda persiste em muitos cenários (Barbosa, 2020).

Por fim, é possível concluir que o MCCP tem repercussões amplas e positivas, mas seu impacto pleno depende da transformação da prática médica e da inclusão de pacientes na tomada de decisões. A adoção do método leva a uma melhora na qualidade do atendimento e na satisfação dos pacientes, mas as dificuldades de implementação e a resistência ao modelo ainda são obstáculos significativos. A superação dessas barreiras requer uma mudança cultural dentro das instituições de saúde e uma adaptação dos profissionais de saúde às novas demandas de um atendimento integral e humanizado, além da integração do ensino de métodos como o MCCP na grade curricular dos cursos de medicina (Castro, 2021).

CATEGORIA II - Desafios na implementação do MCCP

Apesar dos benefícios apontados, a implementação do MCCP nas práticas médicas ainda enfrenta uma série de desafios, especialmente em relação à formação dos

profissionais e à mudança de paradigma nas abordagens terapêuticas. Um dos maiores obstáculos mencionados nos artigos revisados foi a resistência à mudança por parte de médicos e gestores de saúde.

Nesse sentido, Valle *et al.*, (2023) destaca que, embora muitos médicos reconheçam a importância do MCCP, as dificuldades em incorporar a abordagem na prática clínica se devem principalmente à falta de familiaridade com o método e à presença arraigada do modelo biomédico, que prioriza o tratamento da doença em detrimento do cuidado integral do paciente. Essa resistência é um reflexo da trajetória histórica da medicina, que, por décadas, se centrou mais nas condições patológicas do que nas dimensões emocionais e sociais do paciente.

A resistência à adoção do MCCP também está associada à estrutura dos currículos médicos, que ainda são predominantemente baseados no modelo biomédico. De acordo com Barbosa (2020), muitos estudantes de medicina revelam um baixo nível de familiaridade com o MCCP, o que reflete a ausência de uma formação focada nas abordagens humanizadas.

Dessa forma, embora a implementação de práticas como videofeedback e simulações de consultas tenha mostrado um impacto positivo no aprendizado dos alunos, a adaptação curricular para incluir de forma sistemática o MCCP ainda é um grande desafio. Para que o método seja plenamente adotado, é necessário que os currículos de medicina passem por uma reformulação, incorporando desde o início a promoção de saúde e a participação ativa do paciente na construção de seu próprio cuidado (Barbosa, 2020).

Além disso, a prática do MCCP exige uma mudança nas atitudes dos médicos, que devem aprender a ver o paciente não apenas como portador de uma doença, mas como um ser humano com histórias, vivências e desafios que influenciam diretamente o processo de saúde-doença (Paiva, 2020).

Como apontado por Paiva (2020), a formação dos médicos precisa incluir não apenas o aprendizado técnico, mas também o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de compreensão das necessidades biopsicossociais dos pacientes. O que muitos médicos ainda relutam em entender é que o MCCP não é apenas uma técnica, mas uma filosofia de cuidado que exige empatia e a disposição de ouvir o paciente de forma mais holística.

A falta de recursos e a pressão por produtividade também são barreiras significativas para a implementação do MCCP. Como observado em diversos estudos, o tempo limitado de consulta e a falta de apoio institucional dificultam a adoção de práticas centradas na pessoa, que exigem mais tempo para escutar o paciente e discutir suas necessidades (Wanderley *et al.*, 2020).

Os médicos frequentemente se veem pressionados a priorizar diagnósticos rápidos e tratamentos rápidos, em detrimento de um atendimento mais detalhado e personalizado. Isso reflete uma desconexão entre as políticas públicas que incentivam a abordagem centrada na pessoa e a realidade do sistema de saúde, que muitas vezes prioriza a eficiência e a

rapidez em detrimento da qualidade do cuidado (Wanderley *et al.*, 2020).

A resistência também é observada na forma como os médicos lidam com a autonomia do paciente. Estudos indicam que muitos médicos ainda têm dificuldades em compartilhar decisões com seus pacientes, principalmente em relação a tratamentos complexos (Veluma *et al.*, 2020).

A tradicional relação médico-paciente, em que o médico é visto como a autoridade suprema, ainda predomina, o que dificulta a implementação de uma abordagem mais colaborativa e centrada na pessoa. O MCCP exige uma mudança na dinâmica dessa relação, com o médico assumindo um papel mais orientador e menos controlador, o que exige uma transformação cultural significativa (Barbosa, 2020)

Por fim, a implementação bem-sucedida do MCCP exige uma mudança em vários níveis: desde a formação dos profissionais de saúde até as políticas públicas de saúde. Para que o método seja eficaz, é necessário que os médicos sejam preparados para ouvir e compreender seus pacientes como indivíduos, com suas próprias experiências e desafios, e que a formação médica seja mais abrangente e focada no cuidado integral. Além disso, é fundamental que as instituições de saúde adotem políticas que incentivem a mudança de paradigma e ofereçam os recursos necessários para que os profissionais possam aplicar o MCCP de maneira eficaz (Yougui; Magalhães, Bivanco-Lima, 2024).

CATEGORIA III - Percepção de médicos e pacientes sobre o MCCP

A percepção dos médicos e pacientes sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tem sido um ponto crucial nas avaliações desse modelo de atendimento. O MCCP busca transformar a consulta médica, colocando o paciente no centro do processo de cuidado. O objetivo é torná-lo um sujeito ativo no tratamento, não apenas um receptor passivo de cuidados. No entanto, as percepções sobre o modelo nem sempre são consistentes, refletindo tanto avanços quanto desafios persistentes na implementação dessa abordagem (Cieto *et al.*, 2021).

Para os médicos, a percepção do MCCP costuma ser positiva, especialmente no que diz respeito à melhoria da relação com o paciente. No estudo de Cruz *et al.* (2022), médicos participantes do Programa de Educação Permanente (PEP) reportaram um aumento na satisfação com o atendimento após adotarem o MCCP. Eles observaram uma redução significativa nos encaminhamentos e nos pedidos de exames desnecessários, indicando que o MCCP facilita diagnósticos mais focados. Além disso, a comunicação mais aberta e a possibilidade de ouvir melhor os pacientes foram aspectos frequentemente destacados.

No entanto, a adoção completa do MCCP não ocorre sem dificuldades. Segundo Valle *et al.*, (2023), médicos residentes enfrentam desafios ao adotar esse modelo, principalmente devido à mudança de paradigma que ele exige. A transição de uma abordagem biomédica para uma abordagem mais centrada no paciente pode ser difícil, especialmente em

sistemas de saúde sobrecarregados, onde a pressão nas consultas é uma constante. A falta de familiaridade com o modelo e a pressão para resolver casos rapidamente são obstáculos que dificultam a plena implementação do MCCP.

Do lado dos pacientes, a percepção tende a ser mais positiva, especialmente em relação ao acolhimento e à comunicação durante as consultas. No estudo de Sparrenberger *et al.*, (2023), uma paciente com dor osteomuscular crônica, ao adotar o MCCP, passou a entender melhor sua condição e se envolveu mais ativamente nas decisões sobre seu tratamento. Esse relato evidencia como o MCCP pode transformar a experiência do paciente, tornando-o mais informado e participativo. A abordagem mais integrativa facilita que o paciente compreenda melhor sua saúde e suas opções de tratamento.

Apesar disso, a verdadeira participação ativa dos pacientes nas decisões clínicas ainda é um desafio. Wanderley *et al.* (2020) observam que, embora os pacientes se sintam mais acolhidos, muitos continuam a adotar uma postura passiva quando se trata de decisões sobre o tratamento. A falta de compreensão completa sobre seu diagnóstico e o distanciamento em relação ao médico principal contribuem para essa atitude passiva. Isso indica que, apesar da melhoria na comunicação e no vínculo, a participação ativa do paciente nas decisões clínicas ainda não é totalmente implementada.

Outro aspecto relevante é a clareza na comunicação do diagnóstico e do plano terapêutico. Paiva (2020) destaca que a utilização de uma linguagem acessível é fundamental no MCCP, já que ela permite que o paciente compreenda sua condição e participe efetivamente do processo de decisão. A falta de comunicação clara pode ser uma barreira importante, dificultando o empoderamento do paciente e sua integração no processo de cuidado.

Além disso, a confiança no médico é um fator essencial para a percepção positiva do paciente sobre o MCCP. A criação de um vínculo sólido facilita a adesão ao tratamento. Cruz *et al.* (2021) mostram que, em municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, os usuários do SUS perceberam melhorias substanciais nos atendimentos após a implementação do PEP, refletindo a importância do vínculo médico-paciente para o sucesso do modelo centrado na pessoa.

No entanto, a resistência à adoção de uma postura ativa continua sendo um desafio. Veluma *et al.* (2020) apontam que a transição de uma atitude passiva para uma ativa exige tempo e apoio contínuo. A mudança de comportamento do paciente é um processo gradual, que precisa ser acompanhado por uma educação contínua e estratégias que incentivem a participação do paciente nas decisões.

Em resumo, a percepção de médicos e pacientes sobre o MCCP é predominantemente positiva, mas a implementação plena desse modelo ainda enfrenta desafios. Embora haja uma melhora na relação médico-paciente e nos desfechos clínicos, questões como a falta de familiaridade com o método, a pressão para realizar consultas rápidas e a resistência à mudança ainda impedem uma aplicação eficaz do MCCP. Superar essas barreiras exigirá

mudanças estruturais nos currículos médicos, no sistema de saúde e, principalmente, na mentalidade de todos os envolvidos no processo de cuidado (Yogui; Magalhães; Bivanco-Lima, 2024).

O MCCP tem um grande potencial para transformar a prática clínica e melhorar os resultados dos pacientes, mas sua implementação requer uma abordagem cuidadosa. Isso inclui a adaptação das estruturas de saúde, a formação contínua dos médicos e a promoção de um cuidado mais integrado, que considere o paciente como o protagonista de sua saúde (Yogui; Magalhães; Bivanco-Lima, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados sobre a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) revela uma série de implicações significativas tanto para a prática médica quanto para a experiência dos pacientes. A literatura revisada demonstrou que o MCCP é um modelo eficaz para promover uma relação médico-paciente mais humanizada e colaborativa, centrada nas necessidades e no contexto do paciente. Contudo, sua implementação apresenta desafios que precisam ser superados para alcançar seus objetivos plenamente.

Primeiramente, o MCCP tem se mostrado benéfico em diversos aspectos, como na melhoria da satisfação do paciente, no aumento da adesão ao tratamento e na promoção de um atendimento mais integrado e abrangente. A percepção de médicos e pacientes sobre o método, apesar de majoritariamente positiva, revela que, para muitos, a verdadeira participação do paciente nas decisões sobre o tratamento ainda é um objetivo a ser alcançado. A adoção do modelo, especialmente em contextos de saúde pública, enfrenta barreiras, como a resistência à mudança de paradigmas, a falta de familiaridade com a abordagem e as limitações estruturais do sistema de saúde.

Outro ponto importante é que, apesar de a abordagem centrada na pessoa visar uma maior autonomia do paciente, a realidade das consultas médicas, muitas vezes, ainda coloca o médico como figura central, com os pacientes assumindo um papel passivo. Isso pode ser atribuído à ausência de uma linguagem acessível e à falta de uma comunicação eficaz, que são questões apontadas em vários estudos analisados. A melhoria da comunicação, especialmente no que se refere ao diagnóstico e ao plano terapêutico, é crucial para o sucesso do MCCP, já que ela permite que o paciente se sinta mais empoderado e participe ativamente de seu processo de cuidado.

Além disso, a formação médica precisa passar por uma transformação, a fim de incluir o MCCP de maneira mais robusta nos currículos. A experiência dos médicos residentes, por exemplo, demonstrou que a falta de treinamento prático e contínuo é um obstáculo para a implementação efetiva do modelo. Os desafios relacionados à mudança de paradigma e à escassez de tempo durante as consultas são questões que precisam ser abordadas por meio de estratégias pedagógicas adaptadas e suporte contínuo para os profissionais de

saúde.

É fundamental também que políticas públicas de saúde integrem o MCCP de forma mais eficaz, promovendo a capacitação dos profissionais e adaptando o sistema de saúde para que esse modelo seja viável na prática. A implementação de programas de educação permanente, como o PEP, tem mostrado resultados positivos, com médicos e pacientes percebendo melhorias no atendimento e nos desfechos clínicos. Entretanto, a continuidade e expansão desses programas são essenciais para garantir que o MCCP se torne uma prática consolidada no cotidiano médico.

Assim, o MCCP apresenta um enorme potencial para transformar a relação médico-paciente e melhorar os resultados clínicos, mas a sua adoção exige uma mudança profunda tanto na formação dos profissionais de saúde quanto nas estruturas organizacionais do sistema de saúde. A mudança de mentalidade, a formação prática e a criação de um ambiente favorável à comunicação clara e à participação ativa do paciente são passos essenciais para que os benefícios do MCCP possam ser amplamente desfrutados. Para alcançar esse objetivo, é necessário um compromisso conjunto de educadores, profissionais de saúde e gestores, que devem trabalhar de maneira integrada para tornar a assistência centrada na pessoa uma realidade cada vez mais presente nos cuidados médicos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.S. O Método Clínico Centrado na Pessoa na formação médica como ferramenta de Promoção de Saúde: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de Medicina. 2017. **Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência)** – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.2, p.803-812, 2022

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. **Rev Bras de Medicina de Família e Comunidade**.v.43, n.16, p.1-13, 2021.

CIETO et al. Cuidado centrado na pessoa - acompanhamento de paciente com má adesão ao tratamento para mastite em serviço de atenção primária à saúde: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p.83006-83013 aug. 2021

KOLLING, M. G. Método clínico centrado na pessoa. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária**

baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CRUZ et al. 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. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, p. 105-107, 2022.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, 1977.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. **O território e o processo saúde-doença**. Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro, RJ: EPSIV/Fiocruz, 2007.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 758-764, 2019.

MANDIA, T.M.; TEIXEIRA, R.R. Elaborar, compartilhar, narrar: uma análise narrativa de três abordagens de comunicação em Saúde. **Interface** (Botucatu), v.27: e220393, p.1-17, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro, RJ: OMS; 2011.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

PAIVA, M.B. P. **O médico de família e a abordagem centrada na pessoa: desfechos do processo ensino-aprendizagem**. 2020. 92 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

PESSOA, I.G.; GUIMARÃES, S.C.; GUIMARÃES, E.P.A, DE ALCÂNTARA CARLEIAL G.M. Ampliando o método clínico centrado na pessoa: a relação médico-paciente e a teoria do apego. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.17, n. 44, p.1-12, 2022.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro,RJ: Paz e Terra, 2002.

SPARRENBERGER, Felipe; SOUZA, Rodrigo Ferracin de; GIOS, Thaísa Silva; PORTO, Thais Honório. Aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) com dor crônica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 42, n. 1, p. 85-88, 2023.

SANTIAGO, L. M. S.; SIMÕES, J. A. R.; VALE, M.; FARIA, E.; FERREIRA, P. L.; ROSENDO, I. Auto Percepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e

familiar: Criação de um instrumento de medição. **Acta Médica Portuguesa**, v. 33, n. 6, p. 407-414, 2020.

STEWART et al. **Medicina Centrada na Pessoa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

VALLE et al. Adaptação cultural e validação da versão brasileira do questionário autopercepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar. **Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro**, v.45, n.18, p.1-10, 2023.

WANDERLEY, V. S.; ARAÚJO, K. F. G.; SANTOS, M. M. M.; MAROJA, J. L. S.; SOUSA-MUÑOZ, R. L. de. Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 41, n. 2, p. 283-308, 2020.

YOGUI, J.O.S.; MAGALHÃES, T.M.; BIVANCO-LIMA, D. Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 4, p.14-20, 2024.