

A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família

The person at the center of care in the practice of the family doctor

La persona en el centro de la atención en la práctica del médico de familia

José Mauro Ceratti Lopes. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil. jmauro.lopez@terra.com.br (*Autor correspondente*)

Jorge Alberto Rosa Ribeiro. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FACED/UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. jorge.ribeiro@ufrgs.br

Resumo

Objetivo: uma atuação centrada na pessoa é considerada essencial para o médico de família e comunidade considerando-se as mudanças ocorridas na sociedade nos séculos XIX e XX. Este artigo apresenta um estudo de caso, cujo objetivo foi identificar se os componentes que caracterizam inequivocamente o Método de Abordagem Clínica Centrada na Pessoa (MCCP) estão presentes na prática do médico de família. **Métodos:** os dados foram coletados por meio de entrevistas com médicos de família e com pessoas por eles atendidas, sendo os depoimentos gravados, transcritos e analisados com base no Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** identificaram-se aspectos comuns ou contraditórios nos discursos de pessoas e médicos sobre a aplicação da Abordagem Centrada na Pessoa. **Conclusão:** ainda não existe por parte dos médicos de família um conhecimento adequado sobre significado e aplicação de uma Abordagem Clínica Centrada na Pessoa.

Abstract

Objective: a person-centered practice is essential to the family and community doctor in the face of changes in society in the nineteenth and twentieth centuries. This article reports on a case study whose objective was to identify if the components that uniquely characterize the Person Centered Clinical Approach are present in the practice of the family doctor. **Methods:** data were collected through interviews with family doctors and with people seen by them. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the study identified common or contradictory discourses of people and doctors on the application of the person-centered approach. **Conclusion:** family doctors still lack adequate knowledge about the meaning and application of the Person-Centered Clinical Approach.

Resumen

Objetivo: una actividad centrada en la persona es esencial para el médico de familia y comunidad frente a los cambios en la sociedad en los siglos XIX y XX. Este artículo es un estudio de caso, cuyo objetivo fue identificar si los componentes que caracterizan de forma exclusiva el método de la Clínica de Enfoque Centrado en la Persona (MCCP) están presentes en la práctica del médico de familia. **Métodos:** los datos fueron recolectados a través de entrevistas con los médicos de familia y las personas atendidas por ellos. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** el estudio identificó los discursos comunes o contradictorios de las personas y de los médicos sobre la aplicación del enfoque de los aspectos centrados en la persona. **Conclusión:** no existe por parte de los médicos de familia adecuado conocimiento del significado y de la aplicación del Enfoque Centrado en la Persona.

Palavras-chave:

Medicina de Família e
Comunidade
Assistência Centrada no Paciente
Relações Médico-Paciente

Keywords:

Family Practice
Patient-Centered Care
Physician-Patient Relations

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Dirigida al Paciente
Relaciones Médico-Paciente

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
GHC 134/04, 01/03/2005.

Conflito de interesses:
declaram não haver.
Recebido em: 27/12/2013.
Aprovado em: 28/01/2015.

Introdução

The good physician treats the disease but the great physician treats the patient who has the disease.
Sir William Osler

A principal tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa. Ela terá que encontrar as origens da doença e do sofrimento e, com esse conhecimento, desenvolver métodos para aliviar a dor, diminuir danos e reduzir o sofrimento. Ao mesmo tempo, deverá revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo.¹ Uma atuação centrada na pessoa é considerada fundamental para um bom desempenho de qualquer profissional da área da saúde, mas ao médico de família e comunidade ela é imprescindível, considerando-se as mudanças ocorridas na sociedade nos séculos XIX e XX. Embora algumas dessas mudanças tenham facilitado a relação do médico com as pessoas, outras a dificultaram.² Soma-se a isso a falência dos modelos convencionais de assistência e educação médica, que deveriam dar conta das necessidades da prática diária, mas que, de fato, são incompletos e pouco abrangentes. Com isso, torna-se necessário utilizar uma abordagem para os problemas de saúde que seja capaz de reduzir a insatisfação das pessoas e a frustração dos médicos, assim como de proporcionar um cuidado adequado.

Segundo Stewart,² existem trabalhos mostrando que uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos quando comparada aos modelos tradicionais, já que aumenta a satisfação da pessoa, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, reduz sintomas e melhora a situação fisiológica. Também estudos realizados por Little³ concluem que na atenção primária as pessoas desejam fortemente uma abordagem centrada na pessoa, com comunicação, parceria e promoção da saúde. Além disso, os médicos devem ser sensíveis e atentos a quem tem preferência por este modelo de abordagem – pessoas mais vulneráveis psicossocialmente ou que estão se sentindo particularmente mal. O autor conclui também que a percepção por parte de quem é atendido acerca dos componentes da abordagem centrada na pessoa pode ser medida com segurança e prever diferentes resultados, e que se os médicos não proporcionarem uma abordagem centrada na pessoa, esta vai sentir-se menos satisfeita, menos capaz, podendo ter sintomas agravados e com altas taxas de encaminhamento.

Além desses fatos, a prática do médico de família e comunidade, para alcançar uma atuação de acordo com os princípios^{4,5} que regem esta especialidade, deve utilizar o método de atendimento clínico centrado no paciente (MCCP) como modelo para abordagem integral aos problemas de saúde.²

Embora a prática médica no Brasil já apresente uma postura mais humanizada e integral ao tratar dos problemas das pessoas, de modo geral ainda não conseguiu romper com o método de abordagem aos problemas de saúde baseado no modelo biomédico tradicional, que tem como características principais ser centrado na doença e no médico. Mesmo com todo o progresso trazido pelo desenvolvimento tecnológico e do conhecimento, o evento central da vida profissional do médico, e especialmente do médico de família, continua sendo a consulta e, por consequência, ela torna-se o ato principal do seu processo de trabalho. Surge então o desafio para a medicina contemporânea de integrar dentro do processo de produção de cuidado a medicina baseada em evidências, o atendimento centrado na pessoa e o trabalho em equipe.

Para dar início a este processo, e considerando o ponto de vista das pessoas (qual é a percepção do cuidado que recebe?) e dos médicos (o quanto conhece e percebe sua atuação centrada na pessoa?), realizamos pesquisa com o objetivo de identificar se médicos de família integrantes de um serviço de referência como modelo assistencial e centro formador dominam o conhecimento e a aplicação dos componentes essenciais do método clínico centrado na pessoa, analisados do ponto de vista de quem presta o atendimento e de quem foi atendido.

Metodologia

Foi desenvolvida pesquisa qualitativa, através de um estudo de caso,⁶ utilizando-se entrevistas semiestruturadas para coleta das informações. As entrevistas foram gravadas com gravador de voz, transcritas e analisadas. O caso estudado é o relacionamento dos médicos de família e comunidade com as pessoas por eles atendidas em três unidades de saúde no Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), em 2004/2005. Foi realizada revisão de literatura, nacional e internacional, visando fundamentar teórica e analiticamente o estudo. O modelo de análise utilizou como instrumento o “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC), que é um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos de sentidos semelhantes reunidos num só discurso. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa, na medida em que permite, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.⁷

Os entrevistados pertenciam a duas categorias: médicos de família e comunidade e pessoas por eles atendidas. Foram entrevistados cinco médicos de três Unidades de Saúde e 14 pessoas por eles atendidas. Com este número, obtivemos saturação necessária para o estudo. A “saturação necessária” foi obtida no momento em que as respostas dos entrevistados sobre as diversas questões abordadas tornaram-se repetitivas, não acrescentando fatos novos. A escolha por estas três Unidades deveu-se ao fato de as mesmas contarem com profissionais que estão desde os primeiros tempos de implantação do SSC-GHC e serem os locais onde ocorreu menor número de transferências ou substituições de profissionais médicos.

Escolheu-se por conveniência um dia da semana para a visita à Unidade, momento quando se perguntou aos médicos presentes se estes estavam dispostos a participar da pesquisa. Se havia mais de um médico interessado, era realizado sorteio. As pessoas atendidas por estes médicos também eram convidadas a participar. Todos os entrevistados, tanto médicos como as pessoas atendidas, assinaram termo de consentimento. Para se alcançar a saturação e, assim, elaborar o DSC, foi estabelecido previamente que o número de pessoas entrevistadas seria de duas a três pessoas da agenda de cada médico, seguindo a ordem de atendimento e o aceite em participar. Caso fosse necessário, mais pessoas seriam entrevistadas.

As entrevistas seguiram roteiros semiestruturados específicos para médicos de família e comunidade (Quadro 1) e para as pessoas atendidas (Quadro 2), elaborados de forma a contemplar coleta de informações que identificassem componentes do *método de abordagem centrada na pessoa*. Os questionários foram compostos de perguntas principais e sub-perguntas, sendo que estas visavam a estimular o entrevistado no caso de dificuldades em responder à pergunta principal, não sendo portanto obrigatórias. Assim, cada uma das perguntas principais teve objetivo definido relacionado com os componentes do método de abordagem centrada na pessoa citados anteriormente e com as categorias ou fundamentos teóricos que embasam este estudo. A partir de estudos anteriores² sobre o método clínico centrado na pessoa, definiu-se que seria feita a investigação de três dos seis componentes do método: (1) explorando a doença e a experiência sobre a doença, (2) entendendo a pessoa como um todo, inteira e (3) elaborando um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas. A escolha em trabalhar apenas com estes três componentes deve-se ao fato de que estes seriam os mais representativos do uso de uma abordagem centrada na pessoa e que, nos estudos realizados por Stewart,² revelaram-se mensuráveis.

Resultados e discussão

O Quadro 3 apresenta as comparações das ideias centrais e dos DSC de médicos e pessoas, que são analisadas a seguir levando-se em consideração as bases teóricas do Método Clínico Centrado na Pessoa.

Ambos os grupos identificam dificuldades de acesso ao cuidado.⁸ O acesso ao cuidado à saúde é aspecto essencial da APS e da Abordagem Centrada na Pessoa. Historicamente, tem sido um dos dilemas dos serviços de saúde, e muitas propostas têm sido realizadas sobre como organizar este acesso das pessoas de forma que se possa atendê-las de acordo com a sua premência pelo cuidado.^{9, 10, 11} Os DSC de médicos e pessoas confirmam dificuldades relacionadas e caracterizadas por eles como: desproporção entre a oferta de consultas e a demanda, existência das filas, tempo de espera para agendamento e necessidade de persistência para manter continuidade com o mesmo profissional. Mesmo assim, ambos igualmente consideram que o acesso é melhor do que no sistema de saúde, em geral. Um aspecto referido pelos entrevistados e que faz parte de uma Abordagem Centrada na Pessoa, sendo um dos Princípios da APS, é manifestação da existência de vínculo entre pessoa e médico de família, expressando a procura da manutenção da longitudinalidade⁹ do Cuidado por parte de quem busca ajuda (“[...] já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico”), embora a autonomia da pessoa de decidir quando e com quem vai ser a consulta esteja de certa forma comprometida.

Os DSC revelam concordância sobre o desconhecimento da Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica, o que é muito significativo, principalmente numa população que há mais de 20 anos convive com este profissional. Mas embora isto seja importante, mais significativo é o fato de que ambos, médicos de família e pessoas, concordam que o tipo de atendimento prestado nas Unidades do SSC é diferenciado. E as pessoas, na prática, ao descrever o atendimento, identificam características da Medicina de Família e Comunidade, tais como: (1) “*Toda a família. Até sogra*”, (2) “*soluciona logo os problemas*”; (3) “*vêm do lado psicológico até o lado médico mesmo*”, (4) “*a gente se sente à vontade com eles*”, (5) “*e a gente confia*”, (6) “*acho que os pacientes que eu atendo, [...] acho que a grande maioria tem essa percepção da diferença, a gente tenta diferenciar*”. Um questionamento que merece ser feito é: o desconhecimento da especialidade e da abordagem integral que pode ser realizada pelo médico de família e comunidade por parte de quem busca ajuda não pode fazer com que a pessoa deixe de trazer para a consulta outros aspectos que sejam relevantes, ficando a abordagem centrada em queixas e problemas de um sistema ou aparelho? Neste aspecto, torna-se fundamental uma abordagem centrada na pessoa, que, com

Quadro 1. Roteiro das entrevistas com médicos de família e comunidade.⁶

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: (1)feminino (2)masculino.
 Unidade do SSC em que atua: _____ Preceptor: (1)sim (2)não.
 Local: Graduação: _____ Residência Médica: _____ Tempo de: Formado: (1) <1ano (2) 1 a 5anos (3) 5 a 10 anos (4) 10 a 20 anos (5) >20 anos Atuação no SSC: (1) < 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) 10 a 20 anos (5) > 20 anos Especializações/Pós-graduação: _____

P1 – *O Senhor(a) pode me explicar como as pessoas fazem para consultar nesta Unidade de Saúde?*
 1.1 – Tem idéia de qual o tempo de demora para agendar uma consulta?
 1.2 – Tem idéia de qual o tempo de espera para consultar?
 1.3 – Poderia descrever aquelas que considera as principais dificuldades para as pessoas serem atendidas nesta Unidade?
 1.4 – Qual sua percepção sobre como as pessoas são recebidas/acolhidas?

P2 – *Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que pediu ajuda ou encaminhou a pessoa atendida a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?*
 2.1 – Qual a seu ver é o aspecto que melhor caracteriza o trabalho em equipe nesta Unidade?

P3 – *O Sr.(a) considera que as pessoas atendidas sabem o nome de sua especialidade?*
 P4 – *No seu entendimento que aspectos na abordagem aos problemas de saúde caracterizaria uma atuação centrada na pessoa?*
 P5 – *Como o Sr.(a) descreveria o modo como conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta das seguintes pessoas atendidas hoje?*
 5.1 - Foi conversado o suficiente?
 5.2 - O Sr.(a) ficou satisfeito?
 5.3 - Considera que ouviu tudo o que as pessoas gostariam de falar?
 5.4 – Conversou sobre como estas pessoas reagiram a outras situações de doença pessoal ou em familiares?
 5.5 – Conversou sobre como estão os sentimentos destas pessoas em relação ao fato de estar com problemas de saúde?
 5.6 – Abordou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?

P6 – *O Sr.(a) poderia comentar sobre como explicou sobre seu(s) problema(s) de saúde?*
 6.1 – Buscou ter certeza com as pessoas de qual era o seu principal problema de saúde?
 6.2 – Buscou ajuda delas para definir qual era seu problema principal?
 6.2 – Considera que deu oportunidade para que as pessoas tirassem suas dúvidas?
 6.3 – Ao final buscou ter certeza de que as pessoas haviam entendido qual é seu problema de saúde?

P7 – *O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?*
 7.1 - Houve durante a consulta esta parte em que conversaram sobre o que cabe a cada um – médico e pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?

P8 – *O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?*
 8.1 – Considera que foi suficientemente esclarecedor?
 8.2 – Que discutiu sobre as possibilidades da pessoa realizar o que estava sendo proposto?
 8.3 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à saúde de quem estava sendo atendido?

P9 – *O Sr.(a) poderia dizer o quanto com as pessoas conversou sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais que podem ter impacto na saúde?*
 9.1 – O Sr.(a) considera que conversou o suficiente sobre a história de vida para conhecê-lo (a) bem?
 9.2 – Conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades?
 9.3 – Você de alguma forma tentou estimular a pessoa a falar sobre estes assuntos?
 9.4 – Ela tentou ou sinalizou que gostaria de falar sobre estes assuntos?
 9.5 - Como o Sr.(a) considera que reagiu?
 9.6 – Considera que não foi necessário, pois já o conhece bem?

suas perguntas abertas e sistematização, garante uma abordagem integral e consolida na prática a Medicina de Família e Comunidade como a especialidade do Cuidado Integral à Saúde.

As tentativas dos médicos de família e comunidade em definir a Abordagem Centrada na Pessoa revelam que não existe ainda um conhecimento adequado sobre o que realmente significa uma Abordagem Centrada na Pessoa, e que embora a atuação seja humanizada e voltada para escutar e conhecer as pessoas, seu entendimento desta forma de abordagem fica muito restrito a “*ver a pessoa por inteiro*”, e ainda esperar que a continuidade garanta que isto ocorra. Uma abordagem do “*ver a pessoa por inteiro*”, apesar de ser um avanço em relação aos modelos tradicionais, representa apenas parte do segundo componente do MCCP, deixando de lado os demais aspectos que são importantes, principalmente no que se refere a garantir a Autonomia^{12,13} de quem busca ajuda.

Quadro 2. Roteiro de entrevistas para pessoas atendidas.⁶

Nome: _____ Sexo: (F) (M). Idade: _____ Etnia: _____

Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) divorciado (4) viúvo (5) outro. Renda: _____ Escolaridade: (1) analfabeto. (2) 1º grau (3) 2º grau (4) superior.

Tempo de moradia na comunidade: _____.

P1 – *O Senhor(a) pode me explicar como faz para consultar nesta Unidade de Saúde? Explique melhor?*

1.1 – Qual o tempo de demora para conseguir marcar uma consulta antecipada? E para o mesmo dia?

1.2 – Qual o tempo de espera para consultar?

1.3 – Quais as principais dificuldades que considera para ser atendido?

1.4 – Como é a recepção/acolhimento?

P2 – *Quando o Sr.(a) busca atendimento nesta Unidade, em geral é atendido por qual profissional?*

2.1 – Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que o médico pediu ajuda ou encaminhou o Sr.(a) a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?

P3 – *O Sr.(a) sabe o nome da especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?*

3.1 – Como o Sr.(a) descreveria a especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?

3.2 – O Sr.(a) poderia descrever o que diferencia este médico de outros que já lhe atenderam?

P4 – *Como o Sr.(a) descreveria o modo como o médico conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta?*

4.1 – Foi conversado o suficiente?

4.2 – O Sr.(a) ficou satisfeito?

4.3 – Considera que o médico ouviu tudo o que o Sr.(a) gostaria de falar?

4.4 – O médico conversou sobre como o Sr.(a) reagiu a outras situações de doença pessoal ou em familiares?

4.5 – O médico conversou sobre como estão seus sentimentos em relação ao fato de estar com problemas de saúde?

4.6 – O médico verificou seus medos e expectativas em relação aos seus problemas de saúde?

P5 – *O Sr.(a) poderia comentar sobre como o médico explicou sobre seu(s) problema(s) de saúde?*

5.1 – O médico buscou ter certeza de qual era o seu principal problema de saúde?

5.2 – O médico buscou sua ajuda para definir qual era seu problema principal?

5.2 – O Sr.(a) teve oportunidade de tirar suas dúvidas?

5.3 – O médico buscou ter certeza de que o Sr.(a) havia entendido qual é seu problema de saúde?

P6 – *O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?*

6.1 – Houve esta parte em que o médico conversou sobre o que cabe a cada um – médico e pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?

P7 – *O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?*

7.1 – Foi suficientemente esclarecedor?

7.2 – O médico discutiu sobre as possibilidades do Sr.(a) realizá-lo?

7.3 – Foi perguntado sobre suas dificuldades em realizar o que foi proposto para cuidar de sua saúde?

7.4 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à sua saúde?

No que se refere ao 1º componente do MCCR, “Explorando a Doença e a Experiência da pessoa com a Doença”, pode-se afirmar que ele não está de todo presente, ficando a abordagem restrita ao desenvolvimento de uma relação empática e mais focada na queixa verbalizada pela pessoa, correndo-se com isso o risco de abordar a *doença (disease)* e não a *experiência com a doença (illness)*.¹⁴ Para se conhecer a pessoa e observar sua autonomia e participação, é importante explorar a narrativa de suas situações prévias de doença.

O 3º componente, “Buscando um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas”, é considerado fundamental para que se caracterize uma *abordagem centrada na Pessoa*. É o processo através do qual a pessoa e o médico buscam um entendimento e uma concordância mútuos em três aspectos: (1) definindo o problema, (2) estabelecendo objetivos e prioridades de manejo, e (3) identificando os papéis a serem assumidos por ambos. Os resultados dos DSCs mostram que apenas um destes aspectos – a identificação junto à pessoa sobre qual considera seu problema principal – está presente, embora nem sempre explicitado, ao passo que os outros dois aspectos não são claramente introduzidos e trabalhados na consulta. Fica evidenciado que há um entendimento por parte do médico de que as *orientações* finais da consulta teriam esta função, sendo este então o momento em que a pessoa usaria sua autonomia para manifestar-se em relação ao manejo proposto. Mas, para a pessoa, isto não está claro, ficando muito na dependência do quanto ela se sente à vontade para

Quadro 3. Comparação de Ideias Centrais e DSC de Médicos e Pessoas: um caminho para as conclusões* .⁶

CATEGORIA	IC e DSC – Médicos	IC e DSC – Pessoas	COMENTÁRIOS
ACESSO	Existem maiores facilidades de acesso do que em outros serviços (idéia Central 1). (DSC-01M) – “Para ser atendida a pessoa tem que estar cadastrada aqui. Marcam a consulta, e elas podem retornar após alguma consulta, com o médico dando retorno. O sistema que normalmente a gente usa é: marcação de consultas com agendamentos (programadas) até 30 dias [...] que que corresponde a 50% da oferta, e 50% para as consultas do dia [...] que é para situações mais de urgência (dor, mal-estar), [...] situações que têm ser vistas no dia porque senão corre o risco de ter uma piora do paciente.” “As dificuldades [...] termos poucas consultas. E nós temos poucos médicos [...] ouço críticas em relação a filas. Mas eu acho que pela demanda que a gente tem, a gente percebe que existe uma facilidade de acesso; [...] acho que tem mais facilidades do que em outros serviços; [...] a gente sempre tenta dar uma resposta para o paciente. Sempre se consegue dar uma resposta ou tenta-se resolver o problema ou solução para isso. Ou pelo menos dar uma satisfação. É mais fácil à gente atender do que dizer não. Eventualmente a gente vai ter que dizer não, mas acho que está razoável; o pessoal [...] tem atendido bem. Talvez as pessoas precisassem de mais consultas assim e elas não estão consultando porque aquela consulta foi para outra pessoa que tem uma prioridade menor e algumas pessoas se utilizam mais do serviço de saúde do que outras.”	Já foi mais simples marcar consulta, agora existem reclamações (idéia Central 1). (DSC-01P) – “Quando eu vou consultar para o dia em que eu preciso realmente, levanto cinco e meia pra chegar aqui às seis horas e esperar; eu sou boa de esperar né, porque tudo que é lugar que a gente vai, tem que esperar. Mesmo que a gente vai ao particular a gente tem que esperar um monte, mas [...] Consegui marcar. Todo mundo foi [...] muito bem atendido, [...] na recepção, e tudo bem. É muito bom aqui o atendimento. Agendo uma consulta com as gurias com o médico de minha preferência. A gente se trata sempre aqui no médico de família; já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico. A gente vem e consulta no dia, ou então às vezes a gente marca de uma semana para outra e em caso de emergência no mesmo dia também. Depende do problema, da doença, porque se o problema é sério consulta no mesmo dia, na mesma hora. Qualquer hora que a gente precisou não teve dificuldade. A única coisa que a gente acha um pouco ruim é que tem que vir bem cedo. Porque são poucas consultas, e tem que ficar numa fila enorme, e não é fácil. Já foi mais simples, teve momentos em que foi muito mais simples de se conseguir a consulta, e eu não gosto é disso: antes dava para marcar por telefone. Tenho ouvido a reclamação das pessoas, e sempre complica quando as pessoas ficam muito agitadas, pois [...] tem que esperar muito tempo.”	A comparação entre DSC de médicos e pessoas revela que ambos grupos identificam dificuldades de acesso, expressas pela existência de filas, oferta de consultas menor que a demanda e dificuldades de manter continuidade com o mesmo profissional.
PROCESSO DE TRABALHO	Trabalhar em equipe é a solidariedade de buscar soluções. Ainda é pouco! (idéia Central 2). (DSC- 02M) – “Existe. Vamos dizer assim: não uma quantidade grande, como tem muito poucos profissionais. Mas tem casos em que a gente se divide. Trabalhar em equipe é justamente essa troca que a gente tem na discussão de caso, nas próprias reuniões de equipe, no trabalho em grupo; e de conhecer e trocar informações sobre os pacientes; chama um para ajudar numa avaliação ou sugerir alguma hipótese diagnóstica; acabam me encaminhando todos os casos de saúde mental ou que eles têm dificuldade, encaminho muito para as enfermeiras, peço muita ajuda para a odontologia. Olha sinceramente, trabalhar em equipe, é a solidariedade de buscar soluções.”	A busca é por atendimento médico, a enfermagem é usada para procedimentos (idéia Central 2). (DSC-02P) – “Quando eu marco atendimento eu venho com a recepcionista e depois eu venho direto para ser atendida com quem eu marquei. Normalmente a gente sempre é atendida [...] sempre médico. Geralmente o médico [...] sempre é o médico que atende a família. Depois de ele me atender, passar para outro? Não. Já por causa de problema de pressão, o peso [...] vacina, procuro a enfermagem. Geralmente a enfermeira só quando era indicado pelo médico; a psicóloga só agora.”	Com relação ao trabalho em equipe, médico e pessoas revelam que o processo de trabalho ainda está muito centrado no médico, que funciona como “acesso” ao cardápio de ofertas das Unidades de Saúde.

*Adaptado da dissertação autor.

Quadro 3. Continuação...

CATEGORIA	IC e DSC – Médicos	IC e DSC – Pessoas	COMENTÁRIOS
	A percepção da especialidade depende do problema que motiva a consulta (Idéia Central 3). (DSC-03M) – “Eu acho que grande parte sabe. Acho que depende para o que eles vêm consultar, depende do problema. Dizem que eu sou ginecologista, porque eu atendo muita mulher, às vezes eles pensam que eu sou pediatra, às vezes eles pensam que sou psiquiatra, [...]. Eles dizem muito clínico geral, que eles pensam que é clínico. Existe assim um vício de informação dentro da unidade que considera o médico da família como um clínico geral. Nem as pessoas da equipe não sabem [...], quando o paciente vai procurar lá no guichê eles informam que tem que passar pelo clínico. Mas [...] acho que os pacientes que eu atendo, [...] acho que a grande maioria tem essa percepção da diferença, a gente tenta diferenciar. Quando perguntado a gente tenta mostrar para o paciente que é diferente.”	Medicina de Família não é uma especialidade (Idéia Central 3). (DSC-03P) – “Especialidade... Todos têm uma especialidade e nunca perguntei. A especialidade deles eu acho que é... Medicina interna, clínica geral, é? Eu acho que [...] é clínica geral, me parece que [...] é clínica geral, não sei. Eu sempre achei como clínico geral, mas não sei se está certo. [...] Eu acho que é ginecologia, não? É cardiologista? Não tenho certeza da especialidade. Eu sei que [...] é doutor do posto de saúde né?” “Acho que é familiar que chamam né, doutor da família. Toda a família. Até sogra. Investiga tudo o que a gente se queixa [...]; esta sempre investigando assim, e sempre soluciona logo os problemas. [...] são mais abrangentes, vêm do lado psicológico até o lado médico mesmo; dão mais atenção para a pessoa e procuram conhecer a pessoa mais a fundo, dão um tempo da pessoa se mostrar como ela é sem ter aquela necessidade de ter, muitas vezes, que já medicar para ver qual o resultado; [...] O lado médico, eu acho que eles são competentes tanto como qualquer outro que eu já vi [...] Tem muita diferença, [...] aqui eles procuram saber realmente o que tu tens, eles te informam, te explicam; às vezes a gente não sabe, não entende, como eles são especializados nisso eles explicam; para a gente sair daqui com uma idéia clara do que é que a gente tem e o que a gente procura; [...] eles são muitos carinhosos, [...] são assim como se fossem pessoas de casa, [...] a gente se sente à vontade com eles, [...] e a gente confia [...] Sim, é medicina de família que a gente diz, mas o senhor <i>pediu especialmente a especialidade.</i>”	Os DSC revelam concordância sobre o desconhecimento da especialidade Medicina de Família e Comunidade, e se confirma a impressão dos MFC de que as pessoas relacionam a especialidade com a queixa que motivou o atendimento.
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			
	A Abordagem Centrada na Pessoa é ver a pessoa como um todo (Idéia Central 4). (DSC-04M) – “Ah... Ver a pessoa como um todo, né. Que não é só a clínica, [...] não é só aquela manchinha na pele ou não é só aquela dor de cabeça, [...] tem as avaliações socioeconômicas, culturais, familiares. Eu acho que conhecer a realidade do paciente. Estar atento a coisas que não só à queixa principal. É uma coisa mais simplificada, mas para mim simplificado significa a queixa do paciente dentro do contexto, daquele contexto que eu conheço ou que eu tento conhecer. A demanda que o paciente cria, e também as coisas que vem junto. Muitas vezes a gente inicialmente talvez não consiga oferecer essa abordagem mais ampla; não se dá assim num primeiro momento, né; a gente termina fazendo o nosso atendimento em longo prazo.”	Não existe um conhecimento adequado sobre o que realmente significa uma Abordagem Clínica Centrada na Pessoa, embora a atuação dos MFC, seja humanizada e voltada para o escutar e conhecer as pessoas.	
Conceito do MCCP			

* Adaptado da dissertação autor.

Quadro 3. Continuação...

CATEGORIA	IC e DSC – Médicos	IC e DSC – Pessoas	COMENTÁRIOS
MCCP: Explorando a experiência com a doença e a enfermidade	Questão objetiva não exige muita conversa; quando a questão é complexa é preciso ouvir, conhecer (Idéia Central 5). (DSC-05M) – “Para atender o paciente, a gente leva muito tempo; a semana é grande e eu preciso ser muito rápida. E é claro que numa consulta a gente não vai conseguir abordar todo o problema. É que tem a vantagem de eu conhecer eles há muito tempo. Eu acho que não te importa tudo, por exemplo, mas relacionado à queixa eu acho que sim. Hoje veio ver o resultado do exame? Eu vejo só resultado do exame; ou uma questão bem objetiva, então não exigia muita conversa né, exigia mais um procedimento. Mas quando vejo que a pessoa tem dificuldade ou que é mais complicada, é uma questão mais complexa então eu acho que sim. Por exemplo: ele veio por uma queixa aparentemente orgânica, mas por traz tinha uma história, uma história de perda, familiar, de luto, de anos: mas eu fiquei satisfeito acho que eu ouvi, eu conheci, pude transmitir alguma coisa e ele vai retornar, esse paciente. Espero que ele retorne para gente dar continuidade a esse processo, então dar rede de apoio - na família, nos amigos - e tentei despertar esse “insight” assim.”	O Médico de Família e Comunidade ouve, estimula a falar, tira dúvidas, explica, mas... (Idéia Central 4). (DSC-04P) – “[...] chegou a conversar contigo sobre assim os teus medos ou expectativas em relação ao problema de saúde que tu veio consultar hoje? Ouviu tudo o que eu gostaria de falar, e me senti à vontade; e ainda ela me perguntou alguma coisa que eu nem lembrava de falar, me deu todas as informações [...] Eu falei das minhas dúvidas e ela me deu as informações dentro da medida do possível. É que não era bem um problema de saúde. A conversa, o exame [...], acho que foi satisfatório. Tirou-me meu medo, disse que não era..., que não tinha problema. Eu estava realmente em dúvida sobre esse exame que eu fiz. [...] não tem pressa se tiver que conversar uma hora..., [...] me escuta, conversa. Não tem amigos para conversar, então tem que falar para os doutores. Não sei se outros médicos [...] que quase a gente não se vê assim... [...] que consequências estava tendo essa doença na tua atividade...? Não, não. Não. Não, sobre isso [...] não conversou, mas me explicou muito bem de uma forma que a gente entende bem as coisas, porque dizem certas palavras que a gente não sabe o que significa e [...] então a gente procura uma coisa que a gente possa entender.”	Aspectos fundamentais que garantem a ACCP, não estão presentes, ficando a abordagem restrita ao desenvolvimento de uma relação empática.
MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a pessoa.	A queixa muitas vezes é a ponta do “iceberg” e o tempo é limitador para que dúvidas sejam tiradas (Idéia Central 6). (DSC-06M) – “Sim, sim. Eu busquei ter certeza (do problema principal), pergunto o que ela acha, se ela concorda comigo, o que ela está achando, [...] se ela tem preocupação ou acha que é outra coisa. Vem um pedido muito simples e ao redor um monte de situações que precisam de alguma interferência. Veio com uma queixa [...] e eu na minha opinião aquilo era a ponta do “iceberg”, [...] eu dei espaço e perguntei se [...] teria mais alguma questão; [...] tinha outras demandas paralelas, mas com certeza nem todos os problemas ficaram esclarecidos. Nem sempre é possível isso, por que às vezes falta tempo: é o telefone, é batida na porta, é... Não tem tempo, né. Tens que dar uma “corridinha”, mas aí deixa para a próxima vez, mas no possível a gente tenta. Não perguntaram, mas eu acho que tinha possibilidade se tivesse necessidade.”	Não existe um consenso entre médicos e pessoas, com relação à identificação e concordância por parte da pessoa de qual é seu problema principal, não fica muito claro, parecendo que ao expor o manejo por consequência estará sendo realizado, sendo aí o momento da pessoa posicionar-se, mas na utilização do método, este momento deve ser explícito e anterior à proposta de manejo. (DSC-05P) – “[...] chegou a explicar bem qual era o teu problema principal, se tu ficou com alguma dúvida, se ela procurou ter certeza, se você entendeu bem qual era o teu problema principal [...] Não ela só quis saber como eu estou para depois dizer se eu tenho mais alguma coisa Não, a gente conversou às vezes eu venho com vários problemas.” “[...] tiveram a concordância sobre qual era o problema principal? Sim. Sim, sim com certeza. Com certeza. [...] sim, se não eu estaria lá até agora... [...] acho que foi correto, acho que foi correto e direto, [...] por isso que a gente foi mais a fundo, depois os outros detalhinhos menores a gente conversou depois; [...] Explica, explica bem e além de me explicar [...] ainda escreve como tomar, como tirar os remédios, até está aqui no papel, porque eu esqueço muito. Entendi. E fiquei contente.”	

*Adaptado da dissertação autor.

Quadro 3. Continuação...

CATEGORIA	IC e DSC – Médicos	IC e DSC – Pessoas	COMENTÁRIOS
	Eu entendo que a compreensão da orientação leve ao entendimento do paciente de que existe a necessidade dele se responsabilizar. (Idéia Central 7) (DSC-07M) – “Não, não exatamente assim, ó: a tua responsabilidade é a minha, né. Não, não, não teve esse momento [...], essa divisão, isso não foi feito. Hoje não, mas muito freqüentemente, [...] esse momento da consulta eu não sei se eu diferencio; é que eu tenho isso tão claro para mim. Eu acho que isso é automático, eu não distingo, [...] eu entendo que a compreensão da orientação leve ao entendimento do paciente de que existe a necessidade dele se responsabilizar. No caso, [...] eu vou orientar, [...] a conduta, a posologia, o uso da medicação, quem tem que seguir a dieta é o paciente, quem tem que engolir o comprimido é o paciente, quem tem que fazer toda a parte prática, [...] isso tem, que ele vai entender que é obrigação dele e vai fazer em casa, né. No final da consulta eu com certeza reviso, olha o que tu vai fazer, como se eu fizesse um resumo do que foi tratado. A gente se chateia, eu me chateio com esta falta de responsabilidade das pessoas com sua própria saúde. Os pacientes trancam, têm a tendência de não seguir direito, de não se responsabilizarem pelo tratamento, mas acabam não fazendo, ou só faz uma semana, mentem [...]”	Não existem momentos específicos, explícitos, para responsabilidades e objetivos (Idéia Central 6). (DSC-06P) – “[...] houve uma parte na consulta em que [...] e tu falei sobre, qual era a responsabilidade de cada um no cuidado, de cada um no tratamento, para que tu meliores? Não, ainda não. Não, a gente não discuti. Não, [...] me receitou remédio e me deu uma receita... Não, não, mas isso mais ou menos já se coloca né, isso já é uma coisa meio... Já está colocada ali. [...] estabeleceu uma série de objetivos contigo? ”	Aqui novamente se repete a falta de um momento definido durante o atendimento para assegurar-se de que a pessoa tem claro qual é seu papel e qual é o papel do MFC no processo de cuidado. O médico subentende que isso é realizado no momento final da consulta onde são dadas as orientações.
MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a pessoa.	O objetivo é melhorar o bem estar dele (Idéia Central 8). (DSC-08M) – “Áhan, áhan! Sim, o objetivo é melhorar o bem estar dele. O que cabe a cada um e o que se quer alcançar né? Sim, eu acho que sim; dá para perceber na consulta que existia essa possibilidade e a compreensão, mas eu não cheguei a perguntar, e ele não chegou a responder verbalmente né, mas pela expressão dele eu acredito que ele deva ter pensado [...] vê a viabilidade daquilo que a gente insistiu de ser colocado em prática; [...] acho que isso foi uma coisa que mais eu senti [...]. Quando vejo que a pessoa tem dificuldade ou que é mais complicada, eu coloco no papel, eu utilizo alguns instrumentos, eu chamo alguém da família: às vezes eu trato a situação dela com outros familiares.”	“Áhan, sim a gente se falou, deixou tudo bem direitinho; as instruções [...] de explicar para que tudo desse certo, e as minhas que eu teria que fazer para que tudo desse certinho. É [...] conversou comigo... Foi com o remédio, [...] me dá os remédios e conversamos direitinho, de objetivos, [...] explicou tudo para me ajudar, que tomar os remédios, como eu tenho que fazer. O mesmo que uma criança indo para o colégio, o que uma criança faz? Vai para o colégio para aprender a ler, a mesma coisa [...] faz comigo. Mas enquanto [...] estiver mandando tomar, eu estou tomando e estou indo muito bem.”	Existe concordância entre os discursos configurando que não há momento de discussão sobre quais serão os objetivos a serem alcançados para um cuidado significativo.

*Adaptado da dissertação autor.

Quadro 3. Continuação...

CATEGORIA	IC e DSC – Médicos	IC e DSC – Pessoas	COMENTÁRIOS
	O tempo é um limitador, mas em algum momento acaba acontecendo... Eu não me sinto mais pressionada e ansiosa de ter que fazer em todas as consultas (Idéia Central 9).	Devido ao tempo, a consulta foi só o que a gente precisa mesmo (Idéia Central 8).	Há concordância sobre o papel limitador que tem o tempo de consulta, com ambos agindo, pressionados pela demanda, no sentido de “encurtar” objetivamente a consultagem. Mas as pessoas e os MFC também concordam sobre a importância de um maior conhecimento sobre quem esta sendo atendido ser um aspecto essencial, e se for o caso destinar tempo para isto.
	(DSC-09M) – “Sim. Bastante até. Em algum momento, não em todas as consultas. Eu sei que algum momento eu vou fazer. Eu não me sinto mais pressionada e ansiosa de ter que fazer em todas as consultas; Não, não, não porque eu achei que não era o caso. Nessa época nós estamos fazendo atendimento da demanda né, então não houve. É eu acho que tudo na medida do possível, a gente é muito esmagado pela falta de tempo para fazer tudo o que se precisa fazer, mas eu acho que sim. Eu sei que isso para mim é importante. Eu acho que isso é o que me dá mais prazer na consulta, porque a consulta fica interessante se eu sei da questão contextual: da família, da questão assim da rede familiar, relacionamento amoroso, amigos, questão de trabalho.”	(DSC-08P) – “Ah! [...] sempre pergunta por... me perguntou... notícias. Foi bem simpático, dentro da medida do possível, porque o médico no consultório [...] com muita gente lá fora [...]; atendeu muito bem até, mesmo com tempo curto. Tenho vontade de desabafar [...] né, mas não tenho muito, porque médico também tem os problemas dele, e eu tenho os meus. Mas se falasse [...] acho que acharia um tempo para mim. Não, não fica só no problema da doença. [...] me deu total liberdade para poder falar o que poderia estar me incomodando. ... sobre sua atividade profissional, sobre lazer? Não. Não, nada, nada. Não, não de momento não. Não, não, porque só consultei para orientação, foi bem rápido. Sobre a minha vida pessoal? Não. Só da parte dele que vai entrar de férias hoje (risos). Não, no meu entender até para não congestionar [...] vai prender muito tempo do médico É muita gente buscando atendimento, é difícil conseguir, então quando a gente consegue, a gente também tem que deixar espaço para os outros. [...] houve um problema mais sério e já trouxe uns dois ou três, como complemento para ela ver o que é... [...] quando [...] não está muito tumultuado, eu pergunto as coisas mais necessárias [...].”	
MCCP: Entendendo a pessoa como um todo:			

*Adaptado da dissertação autor.

argumentar ou perguntar ao médico. Esta expectativa, de certa forma, configura uma abordagem mais próxima de um modelo informativo ou interpretativo, mas sem conseguir alcançar uma abordagem deliberativa, com uma real participação da pessoa no planejamento de seu cuidado. Aqui repete-se novamente a falta de um momento definido durante o atendimento para assegurar-se de que a pessoa tem claro qual é seu papel e qual é o papel do médico de família e comunidade no processo de cuidado. Existe concordância entre os discursos configurando que não há momento de discussão sobre quais serão os objetivos a serem alcançados para um cuidado significativo. Há concordância sobre o papel limitador que tem o tempo de consulta, com ambos agindo, pressionados pela demanda, no sentido de “encurtar” objetivamente a consulta.

Complementando o que já foi tratado ao discutir a conceituação da Abordagem Centrada na Pessoa pelos médicos de família e comunidade, ao buscar contemplar o 2º componente do MCCP – “Entendendo a pessoa como um todo, inteira” – devemos ter em conta que as doenças da pessoa são apenas uma dimensão de seus papéis. Portanto elas são um reduzido recurso para entender a doença e o sofrimento da pessoa. Talvez o aspecto mais importante que determina a satisfação com a consulta e que deve ser observado pelo médico não seja a falta de tempo, e sim a indisponibilidade para a pessoa (o que de certa forma é desumano). No caso específico, pode-se perceber que, apesar da falta de tempo, esta indisponibilidade não existe; pelo contrário, as pessoas afirmam que percebem que, se necessário, teriam o tempo do “seu” médico.

Talvez um aspecto inteiramente novo trazido por esta pesquisa tenha sido o de revelar que as pessoas, e não apenas os médicos, são pressionadas pela demanda, pela sala de espera cheia, e utilizam-se do espaço intercessor para exercerem uma parcela de sua autonomia, para limitar-se às questões mais importantes de sua saúde, numa tentativa solidária de compartilhar o tempo com as demais pessoas que buscam cuidado. Trata-se de uma forma de busca da equidade, por meio do pensamento de que talvez quem está na sala de espera precise de mais tempo do que ela. *O entender a pessoa como um todo, inteira*, vai muito além do conhecer a pessoa por inteiro, pois envolve, além de obter informações sobre lazer, família, e trabalho, investigar aspectos como os seguintes: (a) desenvolvimento individual (sentido de Eu, auto-estima positiva, independência e autonomia, capacidade de relacionar-se e ter intimidade), (b) fases do desenvolvimento que influenciam a vida das pessoas (posição no ciclo de vida, tarefas que assume, papel que desempenha), (c) Ciclo de Vida pessoal e familiar (pessoas têm um passado, um presente e um futuro!), e (d) o contexto em que estão inseridas (considerar fatores contextuais é uma marca registrada do médico centrado na pessoa). Ao contrário do que se pode pensar, se não houver uma busca sistemática por estas informações, pensando que o tempo as trará, corre-se o risco de não realizá-la e acreditar, ao longo do tempo, que já conhecemos o suficiente sobre aquela pessoa.^{15, 16, 17}

Conclusão

Esta pesquisa permitiu considerar e refletir sobre como é prestado o atendimento por médicos de família e comunidade do SSC-GHC. Ao desenvolver a análise e estabelecer as conclusões, é importante ter cuidado na hora de extrapolar as observações e limitações existentes. Não obstante, a saturação alcançada permite projetar uma representatividade e significação, possibilitando explorar a relação médico-pessoa em sua plena abrangência. Dessa forma, a partir dos DSC das pessoas e dos médicos, é possível chegar a algumas conclusões importantes:

- a) Em virtude dos relatos, constata-se que existe dificuldade de acesso e, portanto, há uma necessidade de se buscarem maneiras de proporcionar e garantir de forma fácil o acesso das pessoas aos profissionais de saúde, como estratégia primeira para alcançar uma abordagem centrada na pessoa.
- b) Podemos constatar que não existe por parte dos médicos de família e comunidade do SSC-GHC utilização de uma abordagem sistematizada, com uma consulta que garanta uma prestação de cuidado centrada na pessoa. Por abordagem sistematizada, entende-se como a forma de desenvolver a consulta ou o atendimento de modo que sempre contemple as habilidades de comunicação necessárias para aquele contexto e situação, de modo a garantir que a abordagem seja centrada na pessoa e alcance os aspectos psicossociais envolvidos.
- c) Mesmo assim, percebemos uma satisfação das pessoas atendidas com a *consulta* realizada pelos médicos de família e comunidade do SSC-GHC, através do reconhecimento explícito da existência de vínculo e da maneira afetiva e carinhosa pela qual se referem aos “seus” médicos. De sua parte, os médicos de família e comunidade também têm a percepção de que prestam um cuidado diferenciado às pessoas, e que buscam se adequar às suas necessidades individuais e familiares ao dispensar este cuidado. Isso com certeza tem a ver com o escutar as pessoas e demonstrar interesse pelos seus problemas, fato que foi ressaltado pelos dois grupos de entrevistados;

- d) Este trabalho também nos permite definir um patamar, um ponto de partida, demonstrando o quanto precisamos avançar e progredir para proporcionar uma formação adequada aos profissionais médicos no uso de tecnologias que levem à Autonomia e ao “entendimento da pessoa como um todo”, de fato, realmente conduzindo ao exercício de uma relação “intensificada positivamente” entre médicos e pessoas.

A partir das questões levantadas por este estudo, podemos apresentar as seguintes sugestões:

- a) Incluir na graduação disciplinas ou campos temáticos sobre os modelos de abordagem médica, que devem ser contemplados com a mesma importância, intensidade, valoração e peso proporcional dos demais conteúdos curriculares tradicionais;
- b) Valorizar e aprofundar estes aspectos da atuação do médico de família e comunidade durante a especialização sob forma de Residência Médica, pois, independente da composição multiprofissional das equipes, a consulta é “o momento” principal da prática médica. Também se torna importante para qualquer médico, pois temos verificado que cada vez mais recém-formados em Medicina primeiro realizam uma formação em MFC e depois buscam outras especializações;
- c) Proporcionar aos profissionais que já estão atuando no mercado de trabalho uma forma de reciclagem que permita rever sua prática sob uma nova perspectiva de atuação mais voltada para a pessoa;
- d) Oportunizar reflexão sobre como permitir à pessoa exercer mais a sua Autonomia no processo de cuidado à saúde. Neste ponto específico, quando se fala em pessoa, está-se referindo tanto ao *profissional*, que deve poder exercer uma maior participação na organização do seu processo de trabalho e prática, quanto à *pessoa-que-busca-ajuda*, que deve poder exercer plenamente seu papel de “especialista nela mesma”, contribuindo assim verdadeiramente para obter o melhor e mais adequado em termos de cuidado para seus problemas.

Por fim, a sociedade moderna vive uma crise de conciliação entre o desenvolvimento e a humanização no cuidado à saúde, o que vem abalando a confiança nos médicos. A população está exposta aos danos provocados por remédios ou tratamentos que deveriam curar, à realização de exames e cirurgias caros e desnecessários, e, muitas vezes, a tratamentos desumanos. A implementação de um método de abordagem que privilegie a pessoa e sua autonomia na busca de um cuidado significativo passa por fazer uma consulta que permita uma visão *caleidoscópica* de quem está sendo atendido. Na maioria das vezes, o motivo apresentado leva a um diagnóstico óbvio, sendo mais importante conhecer e entender as razões que levaram a pessoa até o médico e suas relações com a causa ou com o agravamento da doença (*illness*). Isto somente será alcançado se virmos quem busca ajuda sob diversos ângulos, fazendo um diagnóstico da pessoa. Apesar de parecer simples e óbvio, este é o desafio que tem acompanhado o médico através dos tempos, para que possa realizar intervenção terapêutica multifatorial e interdisciplinar.

Referências

1. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306:639-645. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
2. Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2ª ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical; 2003.
3. Little P. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 2001;323(908-911). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>
4. Rakel RE. Essentials of family practice. 2ª ed. Philadelphia: Saunders; 1998.
5. McWhinney IR. A text book of family medicine. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1997.
6. Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde, 2005 [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. Portuguese. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/5873>
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EDUCS; 2003.
8. Boff L. Saber cuidar, ética do humano: compaixão pela terra. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
9. Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
10. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. Rev. JAMA. 2003;289(8):1035-40. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>

11. Wollmann A, Ros C, Lowen IMV, et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf
12. Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J*. 2002;43(3):152-155.
13. Clarke G, Hall RT, Rosencrance G. Physician-patient relations: no more models. *Am J Bioeth*. 2004;4(2):W16-W19. <http://dx.doi.org/10.1162/152651604323097934>
14. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ*. 2002;324:16. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7338.648>
15. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
16. Lown B. A arte perdida de curar. São Paulo: Fundação Petrópolis; 1997.
17. McWhinney IR. Beyond diagnosis: an approach to the integration of behavioural science and clinical medicine. *NEJM*. 1972;287:384-387. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197208242870805>