

FACULDADES PEQUENO PRINCEPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO NAS
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CUIDADO CENTRADO NA PESSOA:
RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

CURITIBA
2019

PATRICIA PRECCE FOLLY

**CUIDADO CENTRADO NA PESSOA:
RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre pela Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe – FPP

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leide Conceição Sanches

CURITIBA
2019

TERMO DE APROVAÇÃO

PATRICIA PRECCE FOLLY

“CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”

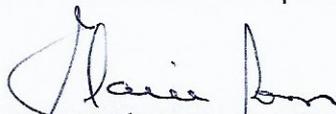
Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestra**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:



Orientador (a):

Prof.^a Dr.^a Leide da Conceição Sanches

Doutora em Sociologia. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Elaine Rossi Ribeiro

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof. Dr. Renato Soleiman Franco

Doutorado em Programa Doutoral em Medicina. Bolsista do Programa Ciências sem Fronteiras – CAPES. Professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Curitiba, 19 de junho de 2019.



AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dr^a. Leide Sanches pela paciência na orientação ao trabalho e incentivo.

Aos Prof. Dr. Renato Franco e Prof^a. Dr^a. Elaine Rossi pelas ricas contribuições.

Aos colegas do mestrado que partilharam saberes e expectativas.

Aos profissionais de saúde e pacientes que generosamente participaram do estudo.

A Supervisão do Distrito Sanitário que acolheu a pesquisa e a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a conclusão do trabalho.

Dedico essa conquista aos meus pais (in memoriam).

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Fernando Birri

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	VI
LISTA DE TABELAS.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	VIII
LISTA DE SIGLAS.....	IX
RESUMO.....	X
ABSTRACT.....	XI
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 MODELO BIOMÉDICO.....	16
2.2 RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE.....	19
2.3 MODELO CENTRADO NA PESSOA.....	22
2.3.1 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA.....	25
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	29
3. TRAJETORIA METODOLÓGICA.....	36
3.1 O ESTUDO.....	36
3.2 DIÁRIO DE CAMPO.....	39
4. RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	42
4.1 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	42
4.2. CATEGORIAS.....	46
4.2.1 EXPLORANDO A SAÚDE, A DOENÇA E O ADOECER.....	46
4.2.2 ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO.....	50
4.2.3 ELABORANDO PLANO DE TRATAMENTO.....	52
4.2.4 RELAÇÃO PROFISSIONAL E PACIENTE.....	55
4.2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	60
4.3. CORRELAÇÃO DAS DIMENSÕES ENTRE MODELOS APS/ESF E MCCP.....	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
6. RECOMENDAÇÕES.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE 1.....	73
APÊNDICE 2.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Participantes da Pesquisa	38
Quadro 2 – Síntese dos Resultados.....	62
Quadro 3 - Correlação ESF e Modelo Centrado na Pessoa.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil do Paciente.....	42
Tabela 02 – Perfil do Profissional.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Lição de Anatomia do Dr. Nicolas Tulp	18
Figura 02 – A Boneca.....	22
Figura 03 – The Doctor.....	24
Figura 04 – Método Clínico Centrado na Pessoa: componentes interativos.....	26
Figura 05 - Categorias do Estudo.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

FOLLY, P.P. **Cuidado centrado na pessoa: relação profissional de saúde e paciente na atenção primária.** 2019. Dissertação [Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde] – Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leide Conceição Sanches

Introdução: Trata-se de um estudo sobre o cuidado centrado na pessoa, como referência importante na qualidade da atenção à saúde, a partir do qual o centro da atenção deslocou-se do modelo focado na doença para a atenção aos aspectos de valorização da experiência do paciente sobre seu adoecer, do compartilhamento de decisões sobre o tratamento e da relação profissional e paciente. Os **objetivos** do estudo são: apreender a estrutura da relação profissional e paciente, a partir dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva dos profissionais de saúde e pacientes; correlacionar Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa, com base no MCCP e Estratégia Saúde da Família e suas diretrizes. **Método:** É um tipo de pesquisa exploratório e descritiva com abordagem qualitativa, onde se pretendeu investigar o cotidiano, as experiências vivenciadas na relação profissional e paciente, considerando a subjetividade dos participantes. O estudo foi planejado a partir de leituras do Modelo Centrado na Pessoa, elaboração de entrevista com base no MCCP, realização das entrevistas em campo, com gravação de voz, posteriormente transcrição e análise dos resultados. Na análise das informações realizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, segundo critérios de Minayo (2014). Buscou-se identificar núcleos de sentido, a partir de categorias pré-definidas de acordo com os componentes do MCCP e o contexto da APS, a saber: a) explorando a saúde, doença e experiência de adoecer; b) conhecendo a pessoa como um todo; c) planejamento conjunto do tratamento; d) fortalecendo a relação profissional e paciente; e) atenção primária à saúde. No tratamento dos **resultados** e interpretação do estudo evidencia-se uma aproximação entre a abordagem dos profissionais de saúde na APS e a abordagem a partir do MCCP, os encontros entre profissionais e pacientes perpassam alguns aspectos importantes, transitam entre os modelos biomédico e centrado na pessoa, um achado importante. **Conclui-se** que, quanto ao compartilhamento de plano de tratamento, verificou-se certa dificuldade neste manejo com os pacientes, o que parece não comprometer o vínculo, no entanto, pode trazer prejuízos a adesão ao tratamento, pois a literatura aponta que quando o paciente não participa da elaboração do plano de tratamento, pode ter dificuldade em segui-lo. Quanto a relação profissional e paciente verificou-se que de modo geral, os profissionais não percebem o fenômeno relacional que se traduz em transferência e contratransferência. Por fim, apresentam-se **recomendações** a partir dos resultados do estudo, como qualificação dos profissionais em educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Cuidado centrado na pessoa. Relação profissional de saúde-paciente. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

FOLLY, P.P. **Person-centered care: health care professional-patient relationship in primary health care** 2019. Thesis [Master of Science in Teaching in the Health Sciences] – Pequeno Príncipe University, Curitiba.

Adviser: Professor Dr. Leide Conceição Sanches

Introduction: This is a study on patient-centered care, as an important reference in the quality of health care, from which the center of attention shifted from the disease-focused model to focusing on the aspects that value the patient's experience concerning their own illness, the sharing of decisions about treatment and the professional-patient relationship. The **goals** of this study are: to understand the professional-patient relationship structure, from the components of the Patient-Centered Clinical Method (PCCM) in Primary Health Care (PHC), from the perspective of health care professionals and patients; correlate the Person-Centered Care Model, based on the PCCM and Estratégia Saúde da Família (Family Health Program) and its guidelines. **Methodology:** It is a type of exploratory and descriptive research with a qualitative approach, intending to investigate daily life, the lived experiences in the professional-patient relationship, taking the subjectivity of the participants into account. This study was designed based on readings of the Person-Centered Model, formulation of an interview based on the PCCM, conduction of the field interviews, with voice recording, later transcribed and result analysis. When analyzing the information the thematic analysis of content was performed, according to Minayo's criteria (2014). This study sought to identify nuclei of meaning, from predefined categories according to the components of the MCCP and the context of the PHC, namely: a) exploring health, illness and the experience of falling ill; b) understanding the person as a whole; c) joint planning of the treatment; d) strengthening the professional-patient relationship; e) primary health care. In the processing of the **results** and interpretation of the study a convergence between the approach of health professionals in the PHC and the MCCP approach is evident, the meetings between professionals and patients pervade some important factors, transiting in between the biomedical model and the Person-Centered Model, an important finding. It is **concluded** that, regarding the sharing of the treatment plan, difficulty was found in managing this with the patient, which doesn't seem to compromise the bond, however, can be detrimental to treatment adherence, since the literature indicates that when the patient does not participate in the formulation of the treatment plan, they can have difficulties following it. Regarding the professional-patient relationship, overall it was found that professionals do not notice the relational phenomenon that translates to transference and countertransference. Lastly, recommendations are put forward from the results of the study, such as qualification of professionals through continuous education in health care.

Keywords: Person-Centered Care. Health care professional-patient relationship. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Uma visita ao ginecologista (ainda adolescente), uma abordagem diferenciada: atenção, interesse e conversa importante. Mudança de Comportamento.

Outras visitas periódicas, então estudante de Psicologia, e uma pergunta:

- Você atende diferente, por quê?
- Diferente, como?
- O consultório... sua atenção, a conversa.
- Balint, já ouviu falar?
- Não...

E explicou!

(Depois esqueci!)

Muitos anos depois...

Como acompanhante do meu pai a um Hospital para tratamento de câncer:

- Que lugar? Que profissionais? Que atitudes? Tem algo a se entender aqui...

Muitas vivências...

Pouco Tempo depois...

Um filme, Um Golpe do Destino

Um curso, Psicologia Médica e Psicossomática

Novos Rumos!

Muito tempo depois...

O Cuidado Centrado na Pessoa é uma referência importante na qualidade em saúde, de sistemas de saúde às políticas públicas, de modelo de abordagem à método específico. O centro da atenção à saúde deslocou-se do modelo focado na doença, no médico, no serviço para a compreensão da importância do cuidado direcionado para as necessidades da pessoa, que se traduz em valorização da experiência do paciente sobre seu adoecer, da colaboração entre profissionais e pessoas em compartilhar o cuidado à saúde, e da importância da relação profissional e paciente para o alcance da qualidade desse cuidado (BRASIL, 2016).

O Modelo Centrado na Pessoa, desenvolvido por Stewart et al. (2017), a partir do qual a relação entre pessoa e profissional de saúde é a base sobre a produção do cuidado, o paciente é protagonista da sua própria saúde, as decisões são compartilhadas, busca-se equilíbrio entre a subjetividade e objetividade em relação ao sofrimento humano, em um encontro entre mente corpo, e tem por ferramenta o método clínico centrado na pessoa (MCCP), que possibilita a intervenção no encontro entre paciente e profissional, com aspectos de comunicação específica, segundo seus componentes.

A relação profissional de saúde e paciente, está diretamente conectada ao impacto na qualidade do cuidado em saúde. Segundo Stewart (2017), o Cuidado Centrado na Pessoa apresenta resultados positivos em diferentes aspectos, desde maior satisfação de profissional e paciente, melhor adesão ao tratamento, qualidade do vínculo e de respostas terapêuticas e, para tanto o componente relacional é fundamental.

Cuidado Centrado na Pessoa abrange visão ampliada de saúde e doença, inclusão dos profissionais e a equipe, e a proposição de mudanças de posturas, incluindo o paciente e sua participação ativa no próprio cuidado. Apresenta evidências de melhores resultados em saúde, na qualidade do cuidado, na experiência do paciente e melhora da satisfação da equipe de profissionais em comparação com outros modelos, principalmente o modelo tradicional (STEWART, 2017).

A atenção se concentra na relação interpessoal no campo da saúde, o paciente e o profissional de saúde¹, as consultas, os atendimentos, os encontros. Encontros de

¹ Historicamente, modelos de atenção e muitos estudos se referem a relação médico-paciente, mas por entender que o cuidado ao paciente se faz por múltiplos profissionais de saúde, principalmente na APS, o trabalho apresentado utilizará a referência profissional de saúde, exceto quando citar teóricos e artigos.

expectativas, de motivos, ouvir, ter atenção, ser empático, e o cotidiano, a prática? Como acontece esse encontro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Atenção Primária à Saúde (APS)?

No Brasil, a APS tem como uma de suas diretrizes o cuidado centrado na pessoa, definido como “ações de cuidado singularizado, visando desenvolver autonomia, a ser construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades” (BRASIL, 2017).

No presente estudo busca-se compreender a relação profissional de saúde e paciente na APS, segundo o MCCP, tendo por base os seus quatro componentes tais como: explorando saúde, doença e a experiência da doença, conhecendo a pessoa como um todo, planejando tratamento conjunto e intensificando a relação profissional e paciente.

Esta pesquisa visa evidenciar uma prática que valoriza a participação do paciente no processo de cuidado e tratamento, de reconhecer sua autonomia, valorizando-o como centro de sua saúde, o que encaminha para uma quebra de hierarquia, tornando a relação profissional e paciente horizontalizada. Neste sentido, justifica-se o presente estudo pela relevância da temática, e pelos resultados já apontados por Stewart (2017) na aplicação do MCCP, como maior satisfação dos pacientes, dos profissionais e melhora nos resultados terapêuticos.

A pesquisa traz à tona a percepção dos pacientes do estudo a respeito dos profissionais de saúde que os acompanham, e em contrapartida, as visões que os próprios profissionais possuem dos pacientes e das relações que se estabelecem a partir do atendimento em saúde.

Diante do exposto, a pergunta que norteou o estudo: Quais os componentes estruturais do MCCP estão presentes na relação profissional e paciente na APS?

1.1 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Apreender a estrutura da relação profissional e paciente, a partir dos componentes do MCCP na APS, na perspectiva dos profissionais de saúde e pacientes.

Objetivo Específico:

Correlacionar Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa, com base no MCCP e Estratégia Saúde da Família e seus dispositivos.

O estudo é apresentado em capítulos, partindo dos modelos de atenção e do estudo da relação profissional e paciente, influenciado por Balint (1988) e segue-se apresentação das Políticas Públicas, a APS, seus princípios e diretrizes, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Educação Permanente (EP), como fundamentação teórica, no capítulo 2.

O capítulo 3 descreve a trajetória metodológica, onde são apresentadas as bases do estudo e o diário de campo. Segue o capítulo 4, em cujo item são apresentados os resultados da pesquisa e a discussão, esta parte inicia-se com o perfil dos participantes da pesquisa, apontando os principais achados, e os subitens do capítulo 4 foram elaborados de acordo com os resultados da pesquisa e estruturados a partir das categorias pré-definidas dos componentes do MCCP, e as análises dos conteúdos apreendidos nas falas dos participantes da pesquisa.

O capítulo 5 traz as considerações finais por meio das quais se ressaltam os aspectos relevantes identificados no estudo. Por fim, optou-se por inserir um novo item com recomendações, que apontam possibilidades para abordagem da relação profissional e paciente no cenário estudado, como uma contribuição da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo apresenta as principais referências sobre modelos assistenciais e/ou clínicos², fundamentados em base teórica, pautados por “conceitos sobre saúde e doença, relação entre mente e corpo, o significado de diagnóstico, o papel do profissional de saúde, e a condução da relação entre ele e a pessoa que o procura” (STEWART et al, 2017, p.17). A teoria e a prática em saúde são sempre influenciadas por conhecimentos preponderantes, de acordo com cada época (SWTEART et al, 2017).

Ressalta-se que, modelos e práticas de cuidado em saúde, foram inicialmente usados por médicos, mas em diversos artigos, encontrou-se referências sobre a influência de tais modelos nas diferentes categorias profissionais, portanto, considera-se o modelo, como referência de trabalho dos profissionais de saúde em geral, certamente respeitando as especificidades de cada profissão (CAPRA, 1996; RIBEIRO, 2008; FERTONANI, 2015; STEWART et al , 2017).

Os modelos apresentados a seguir são: o biomédico e o centrado na pessoa, e estudos sobre a relação médico paciente. Na sequência, aborda-se as políticas públicas, nas quais se inserem as temáticas da APS, ESF e EP, referencias do estudo.

2.1 MODELO BIOMÉDICO

O modelo biomédico, surgiu no início do séc. XIX e alcançou hegemonia no século XX, proporcionou inúmeros avanços para a ciência médica e os médicos foram dotados de grande poder, no entanto tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente (RIBEIRO, 2007). O modelo tem uma concepção mecanicista da vida, predominante nas atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença, influenciado pelo paradigma cartesiano, divisão mente e corpo, constituiu a base da medicina moderna. O corpo humano é considerado como máquina, que pode ser analisado em suas partes, a doença é vista como mau funcionamento dos mecanismos biológicos, e o papel do médico era intervir para consertar o mau funcionamento (CAPRA, 1997; STEWART et al., 2017).

² Modelo de saúde é um termo polissêmico, encontrado na literatura com diversas variações, como modelo de atenção, modelo assistencial, modelo de cuidado, modos de produção de saúde, modelo clínico, biomédico ou tradicional e modelo centrado na pessoa/paciente. Optou-se por usar os termos modelo biomédico e modelo centrado na pessoa, este último adotado como marco conceitual do trabalho.

A especialização da medicina, a concentração em partes do corpo, são direções que perdem frequentemente de vista o paciente como ser humano, e reduzem a saúde ao funcionamento mecânico, assim não mais se ocupam do fenômeno da cura. Distanciados dos ensinamentos de Hipócrates³, perdem a visão do homem integral (MELLO FILHO, 1984).

Na visão de Ribeiro (2008), trata-se de um modelo curativo, e embora seu objetivo seja apropriado, ele é incompleto, pois não considera a promoção da saúde, prevenção de doenças, alívio de sofrimento e o cuidados com aqueles que não podem ser curados, não atendendo as demandas de parte dos problemas de saúde atuais.

O modelo biomédico propiciou o desenvolvimento da medicina, possibilitou descobertas científicas e cuidado de enfermidades. No entanto, ampliou-se estudos, inventou-se novas medicações, novas tecnologias, outros conceitos sobre o processo saúde-doença, e o ser humano desenvolveu novas doenças, e outras vias de adoecer. O modelo biomédico já não é suficiente para explicar todas as doenças atuais, e nem o sofrimento de muitos pacientes (CAPRA, 1997).

O modelo é centrado na doença, e de certa forma centrado no médico, a anamnese é dirigida, o profissional desempenha um papel ativo, baseia-se em queixas e sintomas, específicas do organismo, pois o foco é o corpo, coleta informações, confere um diagnóstico e expõe para o paciente a terapêutica indicada. Desta forma, pouco considera a perspectiva do paciente em sua experiência de adoecer, sua visão sobre o problema e expectativas a respeito de como o problema será tratado, além de não considerar o impacto das condutas na rotina de vida da pessoa (BALLESTER, 2010).

A preponderância deste modelo fez emergir muitas críticas e insatisfações, tanto em satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, quanto em promover a satisfação dos próprios médicos com seu trabalho (FERREIRA et al., 2014).

Lopes (2015) em suas pesquisas, aponta que, embora o Brasil apresente uma prática de saúde mais humanizada e integral ao tratar do problema de saúde das pessoas, ainda não conseguiu romper com o modelo biomédico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 apontou para uma ampliação do conceito de saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social,

³ Hipócrates de Cós, considerado o Pai da Medicina, viveu na Grécia 400 a.C., praticou e ensinou medicina com a convicção de que doenças eram fenômenos naturais que podiam ser estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela conduta de vida do indivíduo (MELLO FILHO, 1984).

e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”, no entanto continuam algumas práticas do modelo biomédico, ainda que se considere outros contextos. Conceitos sobre processo saúde, doença e cura tem tido diferentes significados conforme a época. O conceito da OMS se apresenta irreal, pois a saúde é um processo dinâmico e não estático. Portanto, é um desafio pois, aponta para a natureza holística da saúde (CAPRA, 1997).

A título de ilustração do modelo biomédico, apresenta-se associação livre com a figura abaixo.

Figura 01 - Lição de Anatomia do Dr. Nicolas Tulp
Rembrandt van Rijn, 1632. Mauritshuis, Holanda.



Fonte: História da Medicina - As Mais Belas Pinturas Sobre Temas Médicos⁴

O famoso quadro “Lição de Anatomia do Dr. Nicolas Tulp” representa o Modelo Biomédico, um corpo dissecado, cercado de estudiosos, para apreender sobre seu funcionamento, enquanto o médico realiza a intervenção.

A partir de críticas ao modelo biomédico, em que o foco é o corpo, surgiu Michael Balint, que inseriu aspectos psicológicos a partir do estudo da relação médico paciente.

⁴ Retirado do site: <http://www.jmrezende.com.br/pinturas.html>

2.2 RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE⁵

Michael Balint (1988), húngaro, médico psicanalista, em Londres, Clínica Tavistock, por volta de 1950, inaugurou grupos com médicos clínicos gerais, para estudo e discussão de casos reais, sobre questões relacionadas as dificuldades nos atendimentos. Destacou três aspectos fundamentais: escutar, compreender e efeito terapêutico; logo identificou que o remédio mais usado em medicina era o próprio médico, e concentrou-se na relação médico e paciente (BALINT, 1988).

A famosa analogia “O remédio mais usado em medicina é o próprio médico, necessita ser conhecido em sua posologia, toxicidade e efeitos colaterais” (BALINT, 1988, p.3), apresenta todo o contexto de seu estudo, “o estudo da farmacologia da substância médico.” A partir da relação médico paciente, Balint estudou as implicações psicológicas da clínica médica, e comparou o médico ao fármaco, destacou que o modo como o médico ofertava ao paciente, incluía a atmosfera, na qual a substância era administrada e recebida. Então, considerando a relação como dinâmica, os pacientes e suas subjetividades, era necessário autoconhecimento para administrar-se. Balint reconheceu a importância da relação como efeito terapêutico para o paciente.

Balint (1988) deu especial atenção à transferência e principalmente à contratransferência⁶. Criou conceitos como conluio no anonimato (encaminhamentos a especialistas e não responsabilização pelo paciente), função apostólica (aconselhamentos por parte do médico, segundo o próprio referencial, sem considerar expectativas dos pacientes), ofertas ao médico (refere as queixas que os pacientes apresentam e a seletividade do médico para formar diagnóstico, ou seja nem todas as queixas são consideradas), rodizio da relação (não ter um profissional de referência), e diferentes níveis de diagnóstico (sintomático, o etiológico, até o global, que abrange o conhecimento daquele doente, o significado daquela doença, naquele momento de vida). Fez crítica aos médicos que realizam diagnósticos parciais ou excluem

⁵ Relação Médico e Paciente, não constitui em si um modelo de atenção, são estudos que apontaram mudanças de paradigma, e aproximação medicina e psicanálise. Balint e Perestrello, são referências na Psicologia Médica e Medicina Psicossomática, uma área de estudo e de ensino.

⁶ Transferência e Contratransferência são conceitos inicialmente usados em Psicanálise, mas que estão presentes nas relações entre profissionais de saúde e paciente, quando o paciente se relaciona segundo padrões de relações anteriores é transferência (por exemplo: dependência, sedução) e a contratransferência é a resposta do profissional a situação, que também pode ser segundo relações anteriores. Portanto, é importante o autoconhecimento, principalmente do profissional, para o manejo da relação.

patologias, através do que chamou eliminação através de exames físicos adequados (MELLO FILHO, 1994).

Balint criou o termo “medicina centrada na pessoa”, em substituição a medicina centrada na doença (BALINT, 1988). Em seu livro “O médico seu paciente e a doença”, aproxima medicina e teoria psicanalítica. Seu trabalho tomou dimensões continentais, os Grupos Balint têm sido realizados em muitos países, sendo referência mundial para o estudo da relação médico paciente. Balint fez referência a enfermidade iatrogênica, ou seja, a doença produzida pelo próprio médico, com seu modo de fazer história clínica, ouvir o paciente, comentar e examiná-lo, considerando ou não a pessoa do doente. Ressalta que o médico é sempre, em maior ou menor grau, iatrogênico e deve ter esse fato em mente (MELLO FILHO, 1994).

Balint esteve no Brasil em 1967, e participou da Primeira Reunião Nacional de Medicina Psicossomática, na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, a convite de Danilo Perestrello, um médico precursor do tema no Brasil, que cunhou a expressão “Medicina da Pessoa” (MELLO FILHO, 1992).

Perestrello (1996), em seu “livro vivido” Medicina da Pessoa, aborda questões sobre o adoecer e a relação profissional e paciente, que denomina “Relação Transpessoal”, com foco nos conceitos psicanalíticos. Substitui a anamnese e história clínica pela “História da Pessoa”, considerando a anamnese livre, não dirigida.

Para Perestrello (1996), o médico sempre faz psicoterapia, boa ou má, mas pratica-a, pois o paciente reage ao seu comportamento. E quanto ao processo saúde doença nos diz que:

A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações, um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. (PERESTRELLO, 1996. p.71).

Perestrello (1996, p.27) avaliava que a Medicina da Pessoa poderia ser transformadora “O ensino médico, aliás o ensino de todos os profissionais de saúde, deverá ter, nesse caso, como diretriz, o homem como unidade viva, em permanente interação social.”

Além da preocupação com transformação da atenção à saúde, apontou para a criação de equipes multidisciplinares:

O engajamento com a experiência humana, obriga um recorte da realidade. Assim, cada profissional de saúde, cada especialista, está sempre condenado a viver com um “todo”, que na realidade é um recorte dentro da ótica do profissional, no instante da experiência clínica. O holismo clínico é, portanto,

uma utopia. A solução que encontrei são as equipes multidisciplinares (PERESTRELLO, 1996, p.27).

A experiência de Perestrello (1996) está escrita em seu relato de convivência por 15 anos, com médicos clínicos em serviço universitário, hospital e escola. Em 1958, para compreender a relação médico-paciente formou grupos de médicos e estudantes, pois cedo chegou à conclusão que as dificuldades não estavam apenas nos doentes, mas também nos médicos.

Ambos, Balint (1988) e Perestrello (1996) influenciados pela psicanálise, com visão integral do ser humano, conceito ampliado de saúde e foco no estudo da relação profissional e paciente, são referências para o ensino e a educação permanente em saúde.

O modelo biopsicossocial, desenvolvido por Engel (1977), que inclui as dimensões psicológicas e sociais na atenção à saúde, é descrito como um dos elementos que influenciaram o modelo centrado na pessoa, entretanto problematiza-se a necessidade de ampliação da perspectiva biopsicossocial, pela compreensão da singularidade de cada paciente e necessidade de percepção integral de atenção à saúde (AGRELI, 2016).

Caprara, é referência atual em estudos da relação profissional e paciente na APS, e cita Jasper, que teceu crítica a psicanálise:

Enfatiza a necessidade de a medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, assumidos imprópriamente pela psicanálise e esquecidos pela medicina, perseguindo um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados (CAPRARA, 1999, p.648).

Entende-se esta crítica, como a importância da questão relacional entre profissional de saúde e paciente, da subjetividade do paciente, um resgate do modelo centrado na pessoa.

Caprara, sinaliza que “a relação profissional e paciente é, de fato, acompanhada por emoções, as vezes a partir de angústias e sofrimentos”. E complementa: “O médico teria que analisar não somente os aspectos biomédicos do problema de saúde, mas também a experiência da doença vivida pelo paciente” (CAPRARA, 2014.p.61). Sua referência é o modelo centrado na pessoa, proposto por Stewart (2017).

Para ilustrar a relação profissional e paciente, apresenta-se a figura abaixo:

Figura 02 - O médico e a boneca. Norman Rockwell, 1929
Norman Rockwell Museum, Stockbridge, U.S.A.



Fonte: História da Medicina - As Mais Bela Pinturas Sobre Temas Médicos ¹¹

A quadro “A Boneca” representa a Relação Profissional de Saúde e Paciente, na imagem percebemos o médico examinando a boneca da criança, podemos inferir que ele está considerando a criança em sua singularidade, atendendo sua expectativa, o centro é a pessoa e a relação.

E segue o modelo centrado na pessoa que surgiu a partir de referências como Balint e outras mais.

2.3 MODELO CENTRADO NA PESSOA

A partir da crítica ao modelo biomédico, da influência de Balint e seu estudo sobre a relação médico paciente, Engel e o modelo biopsicossocial, e outras referências,⁷ pesquisadores desenvolveram métodos clínicos substitutivo,

⁷ Abordagens em Enfermagem e Terapia Ocupacional; Abordagem da Pessoa como um todo, de Newman e Youg (1972), e a Prática de Dois Corpos de Mattingly e Flemming (1994), respectivamente. Abordagens que também se desenvolveram pautadas na busca de ampliar o modelo convencional, buscando incluir questões psicossociais, família, e o próprio profissional em modelo de comunicação (STEWART, 2017).

destacando-se as equipes de Stewart, Universidade Western, Ontario, Canadá (STEWART, 2017).

Esse movimento culminou, ao final da década de 1980, com uma proposta de mudança de paradigma do modelo vigente, com denominação de um novo modelo “Medicina Centrada na Pessoa”, definida como:

(...) um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde. (FERREIRA, 2014, p. 285)

O novo modelo destaca que a relação profissional de saúde e paciente, está diretamente conectada ao impacto na qualidade do cuidado em saúde. O modelo centrado na pessoa apresenta resultados positivos em diferentes aspectos, desde maior satisfação de profissional e paciente, melhor adesão ao tratamento, qualidade do vínculo e de respostas terapêuticas e, para tanto o componente relacional é fundamental (STEWART et al., 2017).

Desde então, sua abordagem tem sido ensinada em diferentes universidades pelo mundo, inclusive no Brasil, para a formação dos futuros profissionais, e aponta para a importância da mudança de visão da medicina centrada no médico ou no doente para centrar no cuidado a pessoa. Discute relações de poder e destaca a importância do autoconhecimento do profissional de saúde para a relação com o paciente (STEWART et al., 2017). Princípios da Medicina Centrada na Pessoa.

Ressalta que o modelo inicialmente desenvolvido para o contexto de medicina de família, é relevante para todas as especialidades médicas, bem como áreas da saúde como Enfermagem, Fisioterapia e outras, considerando a equipe (STEWART et al., 2017). A Psicologia pode ser incluída na utilização do modelo, principalmente porque o arcabouço teórico base para abordagem centrada na pessoa, foi desenvolvido por Carl Rogers⁸, considerando autonomia da pessoa e potencialidades.

Em Lopes (2015) encontramos referência a Cassell⁹, destacando que 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 sofrimento. Ao mesmo tempo,

⁸ Carl Roger, psicólogo norte-americano, desenvolveu a abordagem centrada na pessoa, com proposta de promover relações interpessoais autônomas e humanizadoras, empáticas e autênticas.

⁹ Eric J Cassell em seu livro “A natureza do sofrimento e os objetivos da medicina.”

deverá revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo.

Em especial, o modelo de atenção centrado na pessoa, aponta para uma nova relação profissional e paciente, tem o cuidado centrado no ser humano integral, insere a subjetividade, tem como componentes a compaixão, a confiança e a empatia, o poder da relação, bem como trabalha autoconhecimento a partir de aspectos transferenciais e contratransferências, a dimensão do cuidado se amplia (STEWART et al, 2017).

Segue uma figura que resume o cuidado centrado na pessoa, e tem sido trabalhada com profissionais a título de compreender os fundamentos do cuidado centrado no paciente.

Figura 03 -The doctor. Samuel Luke Fildes, 1891
Galeria Tate, Londres.



Fonte: História da Medicina - As Mais Bela Pinturas Sobre Temas Médicos¹¹

A imagem do médico com olhar voltado para a criança aponta para o cuidado centrado no paciente, o centro é a pessoa, o cuidado é o foco.

A partir dos pressupostos do Modelo Centrado na Pessoa, Stewart e equipe propuseram o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e descreveram seus componentes, bases do presente estudo.

2.3.1 Método Clínico Centrado na Pessoa

Stewart (2017) e equipe desenvolveram o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), a partir da publicação do livro “Medicina Centrada na Pessoa” – transformando o método clínico, em 1995, promoveu ensino e pesquisa, que possibilitou atualizações, sua última edição foi em 2015, traduzido para o português em 2017.

O método descreve 4 (quatro) componentes interativos, conforme segue abaixo.

2.3.1.1 COMPONENTES

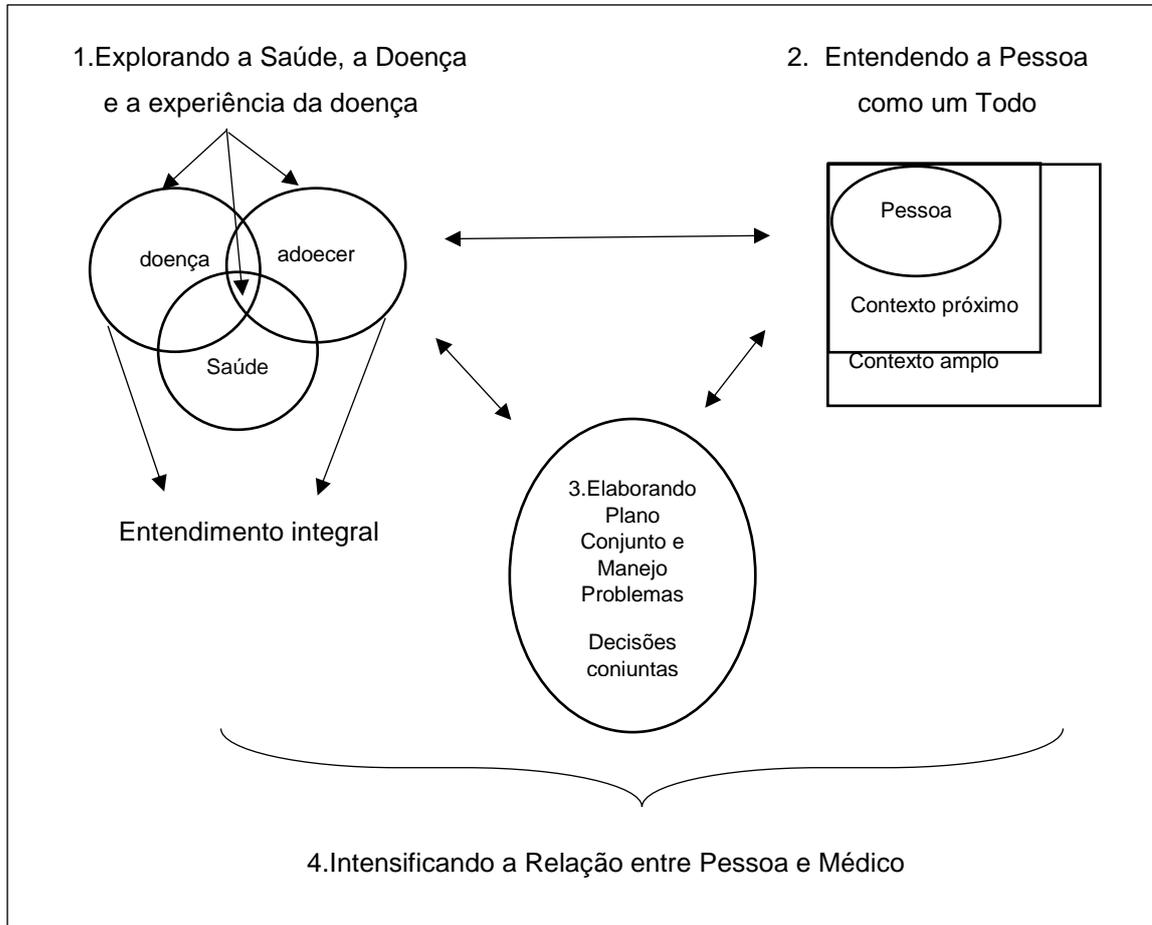
- a- Explorando saúde, doença e a experiência de adoecer
- b- Entendendo a pessoa como um todo
- c- Plano Conjunto de Tratamento e manejo de problemas

Componentes que interagem entre si, e se integram ao quarto componente:

- d- Fortalecendo a Relação Profissional e Paciente

A figura que segue apresenta os componentes e sinaliza a interação de todos a partir da relação profissional e paciente.

Figura 04 - Método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos.



Fonte: (STEWART et al., 2017, p.7)

a - Explorando a Saúde, Doença e a Experiência da Doença

O primeiro componente aponta para a ampliação da visão sobre o processo saúde e doença, para uma perspectiva que inclui a investigação do profissional quanto aos sintomas, a visão da pessoa sobre seu conceito de saúde, o processo de seu adoecer. Busca identificar a potência da pessoa, para lidar com o adoecer. O histórico, exame físico e complementares são parte integrante deste componente, buscam um entendimento integrado (STEWART, 2017).

Deixa de ser generalização, para buscar conhecer o significado daquela doença para aquela pessoa (PERESTRELLO, 1996).

Cabe neste componente diferenciar a doença (disease) do adoecimento (ilness)¹⁰. A doença como construção teórica feita a partir de observações que explicam o problema, enquanto o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo (STEWART et al., 2017).

Para Ferreira (2014, p.284) “o que é ter saúde? O que é ter doença? Faz parte do cotidiano das pessoas, principalmente quando recebem algum diagnóstico.” O termo experiência da enfermidade, foi descrito por áreas de sociologia, psicologia e antropologia médica, para discutir noção de saúde e doença, como fenômenos complexos que integram fatores biológicos, e incluem fatores sociológicos, ambientais e culturais (FERREIRA, 2014).

Para abordar a experiência de adoecer Stewart et al.(2017) propõem o acrônimo SIFE - sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas, para abordar o adoecimento; os sentimentos da pessoa diante da doença – exemplo: medo, tristeza; suas ideias em relação a doença – pensamentos sobre o que está errado; sua funcionalidade – exemplo: limitações atividades de vida diária, no trabalho e vida sexual; e suas expectativas - em relação ao tratamento, cura e papel do profissional.

Escutar as pessoas pode facilitar diagnósticos e principalmente estreitar a relação médico e pessoa (STEWART et al., 2017, PERESTRELLO, 1996).

A este componente integra-se o conceito sobre promoção de saúde a ser trabalhado com a pessoa.

b- Entendendo a pessoa como um todo

O segundo componente busca uma compreensão integral da pessoa, sua história de vida, o ciclo de vida, hábitos de vida, relações afetivas e familiares, trabalho, rede social, considerando contexto social e situação econômica, e demais contextos que possam influenciar no processo de saúde doença.

Nem sempre os dados principais emergem facilmente, a escuta ativa pode facilitar a compreensão, integrando a doença e a experiência de adoecer, e o impacto na pessoa.

¹⁰ Definição dos termos disease (doença) e ilness (experiência com a doença). Estar doente – pode ou não apresentar sintomas, exemplo hipertensão arterial; sentir-se doente – sensação de estar, diferente para cada pessoa, contemplado na abordagem do acrônimo SIFE.

Para Perestrello (1996) o caso é individualizado, e para isso tira-se o foco do contexto que o generaliza, para que possa haver a singularização. Nessa perspectiva, trata-se de uma pessoa, não mais de um caso.

c - Plano Conjunto e Manejo de Problemas

O componente propõe uma construção de plano de tratamento conjunto, elencando problemas, metas de tratamento e atribuições de papéis. O tratamento e suas possibilidades, considerando a pessoa. Não mais um plano de tratamento do profissional, impositivo, mas individualizado, construído com a pessoa. Construção compartilhada do projeto terapêutico singularizado, considerando a autonomia da pessoa (STEWART, 2017).

O componente sinaliza a importância de decisões conjuntas, o que pode ser compreendido a partir do conceito de tomada de decisão compartilhada:

É um processo colaborativo no qual o profissional apoia o paciente para que decida sobre uma ação específica. O apoio reúne conhecimentos do profissional – opções terapêuticas com seus riscos e benefícios, e as áreas que o paciente conhece melhor: suas preferências, circunstâncias pessoais, objetivos, valores e crença (BRASIL, MS, 2016, p.12).

A tomada de decisão compartilhada pode ser aplicada em situações como autocuidado em condição crônica, mudanças de estilo de vida, ou mesmo uso de medicação.

Caprara (2013) apontou que o paciente quando informado e envolvido na tomada de decisão, modifica com mais facilidade seu comportamento de saúde, e o médico fica mais satisfeito.

O objetivo é formar aliança no trabalho, a aliança terapêutica, que facilite a adesão ao tratamento (BALINT, 1988, PERESTRELLO, 1996, STEWART, 2017).

d - Fortalecendo a Relação Profissional e Pessoa

Este componente tem o foco na relação, no vínculo, na terapêutica, e na potência da interação dos componentes anteriores. Aponta aspectos que buscam humanização do cuidado: compaixão, cuidado, empatia, poder da relação, a ser desenvolvido dentro do conceito de longitudinalidade.

Balint (1996) aponta para a transferência e contratransferência como processos inerentes as relações humanas, e as desvendam no contexto da relação profissional de saúde e paciente. Ou seja, a forma de se relacionar do profissional e paciente deve

ser analisada pelo profissional, para que seja aliada ao tratamento. Stewart et al., (2017, p.129) menciona Osler: “Prestem mais atenção a pessoa doente do que a doença, lidando com o homem e suas fragilidades, devem manter o coração aberto.(...) A melhor maneira é um espelho, e quanto mais você observa as próprias fraquezas, mais cuidados terá com seus semelhantes.”

Então, citando Perestrelo (1996, p.47):

As relações de significado são relações compreensíveis (...), há de se existir uma relação de empatia, uma relação humana, na qual haja ressonância das vivências do Outro. Assim, para se estabelecer o encontro eficaz, é preciso haver uma convivência. (...) o homem não será, então, estudado como coisa, um objeto (...) mas o ser-sujeito.

O modelo centrado na pessoa, prioriza o autoconhecimento do profissional, para que este, implicado na relação com o paciente, possa ser um “medicamento eficaz”, parafraseando Balint (1988).

Stewart et al., (2017) aponta que a literatura sobre Medicina, Enfermagem e Psicologia faz referências a aliança terapêutica, ou seja, uma aliança de trabalho que exige habilidades técnicas, psicológicas e empáticas.

Em edições anteriores o MCCP, proposto por Stewart et al., (2017), apresentava outros dois componentes, prevenção e promoção de saúde e sendo realista, uma forma de considerar a realidade e condições gerais para alcance dos resultados. A edição atualizada, incluiu a promoção de saúde no 1º componente, e prevenção no 3º componente principalmente, e ser realista perpassa os demais componentes.

Os quatro componentes do MCCP são o marco conceitual do estudo, foram elencados previamente como categorias estruturantes da relação paciente e profissional a ser pesquisada.

O estudo tem como cenário a APS, portanto abordou-se políticas públicas, para sua contextualização.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

O objetivo ao abordar políticas públicas foi fundamentar os princípios e diretrizes em que se organiza o cuidado à saúde, contextualizar o cenário onde se desenvolveu a pesquisa e sua relevância.

Políticas públicas de saúde no Brasil tem como referências a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Otawa (1986)¹¹.

“A Saúde como direito de todos e dever do Estado” (art.196) foi instituída pela Constituição da República em 1988.¹² A lei nº 8.080, de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e funda o SUS no País. O Art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, MS, 1990).

O SUS elencou seus princípios: a universalidade, integralidade e a igualdade.¹³ A Política Nacional de Atenção Básica¹⁴ (PNAB) é a forma de organização das ações de saúde, dispõe sobre diretrizes, e sua última atualização foi em 2017:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, MS, 2017).

Estabeleceu princípios e diretrizes a serem operacionalizadas na APS:

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Assistência à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica: I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (BRASIL, MS, 2017).

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, MS, 2017).

¹¹ Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, e I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, respectivamente, desenvolvidas por Organismos Internacionais.

¹² A saúde como direito social, garantida pelo poder público foi uma conquista política e social, atribuída a diversas lutas de movimentos sociais, tendo como principal ator o trabalhador da saúde e a população, em especial pela Reforma Sanitária, num movimento de redemocratização do País (PAIM, 2009).

¹³ Direito a todos, destaca o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência; como conjunto articulado e contínuo de ações individuais e coletivas, (...) exigidos em todos os níveis de continuidade do atendimento na atenção primária, secundária e/ou terciária; assistência à saúde, sem privilégios e sem preconceitos de qualquer espécie (PAIM, 2014).

¹⁴ Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde são denominações equivalentes. Retirado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>

Entre as diretrizes para operacionalização do cuidado, destaca-se o cuidado centrado na pessoa, referência para esse estudo.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado (BRASIL, MS, 2017).

Uma importante correlação se apresenta com o modelo centrado na pessoa e a diretriz da atenção primária, ambos apontam para o cuidado singular ao paciente, desenvolvimento da autonomia no cuidado à saúde, a partir de conhecimentos para tomada de decisão, de acordo com suas necessidades e potencialidades, e o cuidado é construído com as pessoa, ou seja interação entre profissional e paciente.

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017). A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.

Desta forma, mais uma vez correlacionamos o modelo de atenção centrada na pessoa e as ações na atenção primária, destaque para equipe interdisciplinar, relações de vínculo e responsabilização das equipes, ações de saúde e longitudinalidade do cuidado.

Alguns estudiosos apresentam modelos de atenção que atendem a situação atual da saúde, a destacar:

O modelo de atenção às condições crônicas aponta os principais problemas de saúde encontrados no Brasil: “apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças crônicas” (MENDES 2013).

Santos e Merhy (2016), avançam na compreensão de modo de produção de saúde, destacam que devem conter inovações. Sua visão compreende a forma com que tecnologias e saberes são organizados e destacou o uso de tecnologias leves que se apresentam como práticas de acolhimento, escuta e diálogo. São tecnologias relacionais.

Campos (2013) tem sua visão a partir da saúde coletiva, conceitos ampliados de saúde, gestão e clínica. Desenvolveu o Método Paideia, apresentou dispositivos como acolhimento, clínica ampliada¹⁵ e compartilhada e projeto terapêutico singular como formas de atenção à saúde. Cunha (2013) associou ao Método Paideia os estudos de Balint, e criou o Grupo Balint Paideia, que trata de questões relacionais entre profissionais de saúde e paciente, bem como apresenta oferta teórica aos profissionais (CAMPOS, 2013).

A partir do exposto, entendemos que as equipes multidisciplinares da APS, tem então o desafio de atender a população e a sua saúde. Desde a tríplice demanda, sendo necessário investir em promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento e recuperação e atenção às condições crônicas; as inovações de modos de produção de saúde com uso de tecnologias leves de Merhy (2016), e a visão ampliada de saúde de Campos (2013).

Em Curitiba, a APS se constitui a partir de conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas da população. Sua composição são: 111 Unidades de Saúde (64 UBS com Saúde da família e 47 UBS Convencionais) distribuídos em dez Distritos Sanitários.

Alguns destaques importantes em relação a OPAS (Organização Pan Americana de Saúde):

O modelo de atenção indicado pela OPAS para atendimento na APS é a atenção centrada na pessoa (BRASIL 2011).

A OPAS aponta índice de resolução da APS para os problemas de saúde da comunidade, e da ênfase a equipe qualificada:

Diversos estudos apontam que uma equipe de Atenção Primária qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Para tanto, é fundamental que essa equipe atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento de pessoas com doenças já estabelecidas, tanto agudas, como crônicas (BRASIL, 2011, p.49).

Apontamos assim a relevância do estudo, visto que a equipe da APS qualificada pode ser resolutiva no cuidado à saúde de sua população, com ênfase em promoção de saúde e prevenção de saúde.

¹⁵ A Política Nacional de Humanização (PNH), política transversal, apoia o desenvolvimento de ações de Humanização, sendo referência nacional e disponibilizando material, no caso cartilha e conceitos de acolhimento e clínica ampliada.

Artigos correlacionam Cuidado Centrado na Pessoa e APS, equipes multiprofissionais, novos conceitos de saúde, e a importância dos conceitos de assistência à saúde e modelos de atenção (BACELLAR, 2014).

A qualificação da equipe e a participação do paciente no processo de cuidado de sua saúde são fatores fundamentais para o Cuidado Centrado na Pessoa, portanto, outras políticas públicas são referências como Educação Permanente e Educação em Saúde.

a) Educação Permanente

A EPS é um marco conceitual que aponta para uma concepção de trabalho no SUS, como aprendizagem cotidiana e comprometida e vem se atualizando em termos conceituais, a PNAB atualizada em 2017, e com objetivo de fortalecer a APS, caracteriza a EPS:

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, MS, 2017).

Para Campos, (2017, p.2) a discussão sobre educação permanente tem como premissa:

A educação como prática transformadora e aprendizagem significativa é premissa da educação permanente, que se configura como significativo campo do saber e de prática na área de saúde. Esse reconhecimento vem sendo construído pelos teóricos da educação, a partir da discussão da educação de adultos, com inserção no setor saúde, enquanto necessidade permanente para a qualificação dos profissionais e trabalhadores, visando à formação crítica e reflexiva para lidar com a realidade e transformá-la.

Baldissera (2014, p.191) complementa que a EPS, “deve ser assumida como prática diária, ou também, como aprendizagem-trabalho no sentido de que os problemas, tanto quanto as soluções, emergem do cotidiano dos profissionais e das organizações de saúde.” Portanto, as ações de educação permanente visam atender necessidades das práticas de saúde, vivenciadas pelos profissionais, e devem ter compromisso com a promoção de saúde e a responsabilidade social. Neste sentido, buscou-se em Paulo Freire (2016, p. 95) conceitos de educação libertária: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam

mediatizados pelo mundo'. A proposição da educação permanente se integra a essa máxima, pois a partir dos problemas identificados pelos profissionais, a reflexão crítica pode transformar as ações.

Desta forma, a EPS é dita libertária, segundo Baldissera (2014, p.191): "Integra formação técnica, ética, humana e social, visando atender às práticas de saúde com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e principalmente a promoção de saúde das pessoas"

É importante compreender que a transformação do modelo de atenção à saúde do SUS pode ser potencializada por incorporação da educação permanente como dispositivo que proporcione autoanálise e mudanças cotidianas nos serviços de saúde (CAMPOS, 2017).

Os pressupostos da APS e ESF tem como objetivo a transformação do modelo de atenção e sua consolidação, e a EPS é fator fundamental neste processo. Por meio de metodologias ativas e problematização, trabalhar teoria e prática, aliar ação, reflexão e ação, e assim construir a transformação.

A discussão da equipe da UBS sobre questões que perpassam o atendimento, as dificuldades de manejo de pacientes, o compartilhamento de decisões e as proposições de promoção de saúde, à luz de casos reais podem instrumentalizar a todos para o cuidado centrado no paciente, e dar espaço para trabalhar questões relacionais. Portanto, EPS com suporte teórico, aspectos técnicos e relacionais pode potencializar a equipe para o cuidado à saúde da população.

b) Educação em Saúde

A PNAB (2017) aponta como competência municipal o processo de trabalho na APS, a coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica, e destaca no item XIII ações educativas:

XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários (BRASIL, 2017).

A educação em saúde deve estar ancorada na concepção da educação com potencial para contribuir com o desenvolvimento do indivíduo, de modo a estimular a reflexão e o exercício da autonomia (FIGUIREDO, 2012).

Na APS, a proposição de promoção de saúde e prevenção de doenças é um desafio para profissionais e pacientes, o aumento da incidência de doenças crônicas aponta para importância da educação como potência para empoderar os indivíduos e estimular o desenvolvimento de responsabilidade por sua saúde.

Desta forma, Figueiredo (2012) aponta a ESF como espaço privilegiado para práticas de educação em saúde, que podem ser através de oficinas e grupos. Revela a educação em saúde como propiciadora de aprendizagem significativa, que favorece mudanças na saúde dos pacientes.

Destaque para a potencialização através da educação em saúde para tomada de decisão compartilhada, neste processo de aprendizagem, inclui-se profissional e paciente, parceria educação permanente e educação em saúde, para alcance dos objetivos de equipe qualificada e empoderamento dos pacientes para promoção de qualidade de vida e cuidado à saúde.

3 TRAJETORIA METODOLOGICA

3.1 O ESTUDO

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que objetivou investigar o cotidiano, as experiências vivenciadas na relação paciente e profissional, considerando a subjetividade dos participantes, com base no MCC, a partir do trabalho de Stewart:

Métodos qualitativos para a pesquisa sobre o cuidado centrado na pessoa, pois seu foco não é a doença e a experiência do adoecer, mas a própria pessoa como um todo. (...) a investigação humanística explora a natureza e a experiência de ser humano (STEWART 2017 et al., p.303).

Além disso, o autor reconhece que há uma escassez de estudos qualitativos nessa área, apesar de ser considerada uma metodologia muito adequada (STEWART et al., 2017).

O estudo foi planejado a partir de leituras do Modelo Centrado na Pessoa, elaboração de entrevista com base no MCCP, realização das entrevistas em campo, com gravação de voz pelo telefone celular, posteriormente transcrição das entrevistas e análise dos resultados.

Na análise das informações realizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, segundo critérios de Minayo (2014). Buscou-se confirmar e/ou identificar núcleos de sentido, seguindo-se o roteiro: pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados.

Na pre-análise, realizou-se a leitura flutuante da fala dos participantes, a partir de então, ocorreu a identificação de palavras ou expressão chave, que caracterizaram as categorias previamente estabelecidas, as quais foram os componentes do MCCP e o contexto da Atenção Primária à Saúde e suas diretrizes: a) explorando saúde, doença e adoecer; b) entendendo a pessoa como um todo; c) plano de tratamento conjunto; d) relação profissional e paciente/equipe; e) atenção primária, como referência das políticas públicas.

Essa fase ocorreu na audição e transcrição das entrevistas, na atenção aos conteúdos que se repetiam e aos conteúdos originais, que apontaram para as singularidades.

Na fase de exploração de material objetivou-se a classificação e agregação de informações responsáveis pela especificidade das categorias.

No tratamento dos resultados e interpretação evidenciou-se interação entre os diferentes componentes e a relação entre profissional e paciente, o encadeamento das respostas, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais, ou seja, existe um entrelaçamento entre os relatos para os diferentes componentes, que foram devidamente selecionados para que representassem os componentes de maneira inequívoca. Ressaltaram-se as informações mais significativas, e as interpretações foram relacionadas ao quadro teórico desenhado. A análise dos resultados mostrou-se diversificada, desde o perfil dos participantes, uma amostra significativa, de pacientes e de profissionais, que apontaram para experiências e possibilidades de interpretações.

Os participantes do estudo foram dois públicos distintos, pacientes e profissionais de saúde, ambos selecionados a partir de 02 (dois) critérios principais, como tempo de acompanhamento na UBS e tempo de lotação na UBS, respectivamente.

- Pacientes: Pessoas moradoras do território, com história de acompanhamento na UBS em atendimento à saúde no último ano, com ou sem apoio familiar. Adultos (todas as faixas etárias e sexo). Sendo também aceita a participação de familiar, ou seja, participou mãe que realiza acompanhamento de puericultura, e em especial 01 (um) caso de filha que apoiou a mãe em sua participação, devido a limitação na capacidade de comunicação.

A captação das pessoas ocorreu a partir de visitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em dias específicos em que há atendimentos programados: gestante, hipertensos e diabéticos e outros atendimentos em geral, para abordagem direta de pacientes e identificação dos acompanhados pelo menos há 1 (um) ano na UBS. Aos participantes foi realizado o convite para a pesquisa, e informado sobre o TCLE e colhida sua assinatura.

- Profissional de nível superior lotado na UBS, com experiência mínima de 01 (um) ano, em atendimento aos pacientes da UBS.

A captação de profissionais foi organizada a partir de participação da pesquisadora em reunião de Autoridades Sanitárias Locais (ASL) do Distrito Sanitário específico, quando prestou-se esclarecimentos sobre a pesquisa e seus objetivos. A captação pretendeu obter representatividade entre as diferentes categorias profissionais que compõem a equipe da UBS/NASF. Ressaltamos que pela

diversidade de categorias profissionais, as respostas apresentaram algumas especificidades de suas áreas.

Para ilustrar, apresenta-se o quadro abaixo com o total de participantes da pesquisa:

Quadro 1 - Participantes da pesquisa

Participantes	UBS	Total de 06 US
- Pacientes atendidos nas UBS	Até 03 por UBS, sendo ESF e/ou Tradicional	20 participantes
Profissionais de Saúde da UBS: Enfermeiros, Médicos e Odontólogos; e Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogos do NASF	Até 03 por UBS, sendo ESF e/ou Tradicional	17 participantes
Total	37 Participantes	

Fonte: A Autora, 2019

O estudo desenvolveu-se em equipamentos públicos de saúde, sendo 03 (três) UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF); e 03 (três) UBS Tradicional de Distrito Sanitário, Curitiba, Paraná.

O Distrito atende uma população de 184.437 habitantes (fonte: IPUC 2016) e tem como características principais UBSs com alto índice de população idosa, e UBSs com população de maior vulnerabilidade quando inseridas em área de risco social, dentre outras características.

O estudo realizou-se a partir da busca de informações, utilizando 2 (dois) instrumentos, respectivamente para Pacientes e Profissionais de Saúde. Optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, com roteiros específicos.

Entrevista semiestruturada é a combinação de perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem se prender a indagação formulada; Visa captar informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, são dados subjetivos construídos a partir da experiência pessoal (MINAYO, 2014, p.262).

O instrumento de pesquisa combinou perguntas semiestruturadas, as questões são temas específicos, para identificar os componentes do MCCP e algumas perguntas são norteadoras, para facilitar a narrativa dos participantes.

Na abordagem aos participantes, tanto profissionais quanto pacientes, informou-se que as perguntas focavam a vivência na UBS, no atendimento ao paciente, e na relação com o profissional, respectivamente, e que não havia resposta certa ou errada, mas o importante era a sua experiência.

Na entrevista para pessoas em atendimento na UBS, abordou-se como temas os componentes do MCCP, visão sobre a APS, sobre saúde doença. (Apêndice 1 – dados sociodemográficos e entrevista).

Na entrevista para profissionais de saúde (Apêndice 2), abordou-se como temas os componentes do MCCP, incluindo o relacionamento com a Equipe, bem como reconhecimento sobre o fenômeno relacional de transferência e contratransferência. Outras questões abordadas com os profissionais foram percepção sobre fatores que facilitam vínculo e adesão ao tratamento, qual modelo de atenção em saúde é sua referência, e visão sobre APS e Educação Permanente. Por fim, uma questão em relação a vivência de adoecimento pessoal e/ou de familiar.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos e foi apreciada pelos comitês de ética das instituições Faculdades Pequeno Príncipe e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, obtendo aprovação final pelo parecer sob o número 2.610.998.

3.2 DIÁRIO DE CAMPO

A pesquisa foi realizada entre os dias 15 agosto e 29 setembro de 2018, contou com 37 participações entre pacientes e profissionais de saúde. Optou-se por gravações de voz das entrevistas, onde o tempo de duração máximo foi de 25'27" e o mínimo de 5'51", perfazendo um total de 8 horas e 13 minutos de gravação. As entrevistas foram transcritas inicialmente de forma artesanal, para facilitar o trabalho fez-se uso de ferramenta "Google" para transcrição de voz, e ainda contou com apoio de terceiros. Na transcrição, com apoio da ferramenta, alguns áudios, não tiveram muita clareza, principalmente pela dicção de alguns pacientes, sendo necessário transcrição manual. No geral, a transcrição ocorreu de maneira satisfatória, e escutar o material fez rememorar o conteúdo, propiciando a leitura flutuante, etapa importante

do método de análise temática descrito por Minayo, o que facilitou a consolidação das categorias.

Durante a realização da pesquisa, ressaltam-se receptividade da Supervisora do DS, das ASL, bem como dos profissionais e pacientes que se dispuseram a contribuir com o estudo.

Destacam-se algumas ocorrências durante a pesquisa:

- 02 (dois) pacientes convidados se recusaram a participar por alegar falta de conhecimento, e repassaram a responsabilidade de responder a pesquisa para as esposas que os estavam acompanhando, e que são atendidas na UBS.
- 01 (hum) profissional recusou-se a participar, alegando o desconforto com a gravação de voz, embora tenha sido trabalhada a questão do sigilo.
- Um episódio de acidente com a gravação, em entrevista com profissional, o celular onde estava sendo gravada a entrevista, tocou e interrompeu a gravação, o que foi percebido posteriormente pela pesquisadora. Uma entrevista emocionada, em que se perdeu as últimas falas, no entanto pelo conteúdo expresso, foi possível lembrar palavras chaves, e considerar a entrevista.
- 03 situações específicas de pacientes, que após desligar o gravador de voz, foi necessário realizar orientações e apoio: caso de mulher com depressão por problemas com a filha; homem com queixa somática em que foi possível identificar fator emocional; e mulher com queixa sobre atendimento, orientada para falar com responsável na UBS.
- 01 profissional de saúde, que após desligar o gravador de voz, posicionou-se quanto a necessidade de capacitação de profissionais de nível médio em relação ao atendimento ao paciente, apontou principalmente questões de postura profissional.

Durante a condução do estudo, ouvir as narrativas de pacientes e profissionais, mostrou-se uma atividade prazerosa, com discursos por vezes emocionados, que revelaram a subjetividade dos profissionais e dos pacientes, relatos que apontaram para as vicissitudes da vida: dramas relacionados à saúde e ao adoecer e suas consequências na vida pessoal e familiar. Relatos sobre nascimento e morte, conflitos familiares, abuso sexual e violência doméstica, vulnerabilidade social, ciclo da vida e suas múltiplas vivências, crianças, adolescentes, idosos, questões relacionadas ao viver.

Inserir-se, para ilustrar a trajetória metodológica algumas falas dos participantes, que estão apresentadas no trabalho em formato arial, tamanho 10 e no recuo, como a seguir

Ah, como vai ser gostoso se é triste, entende? Mas é gostoso porque acho que é rica, porque é diferente. Eu gosto! (PS 01, 2018).

Acima o relato do PS01, que terminou a entrevista chorando e rindo, revelando seu envolvimento afetivo com o trabalho.

As narrativas possibilitaram reflexões sobre questões da vida e da morte, e do papel como profissionais e pacientes. Em momento de drama pessoal, P 01 contou:

(...) Então, esse acolhimento aqui do posto, para nós família, foi... foi especial!
(P 01, 2018).

E PS 17 reflete sobre sua experiência em atendimento na UBS:

“É mais que trabalho, é missão, é propósito de vida.”

Essas falas apontam para a dimensão da produção de saúde no território. O próximo capítulo abordou os Resultados, Análise e Discussão, a partir dos perfis dos participantes, e das categorias, incluindo-se o registro das narrativas, que revelam as dimensões do encontro entre profissional e paciente na APS.

4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo iniciou-se pelo perfil dos participantes para apresentação dos resultados cujas análises e discussão são mesclados, de forma a maximizar os próprios resultados. Após o perfil apresenta-se a categorização, e reitera-se que foram pré-determinadas de acordo com os componentes do MCCP e APS, conforme fundamentadas no capítulo da Trajetória Metodológica.

4.1 PERFIS SOCIODEMOGRAFICOS

Apresentam-se os perfis dos participantes da pesquisa, destaque para os 2 (dois) grupos específicos: pacientes e profissionais de saúde, com características muito próprias, o que viabilizou uma análise diferenciada, em termos de dados sociodemográficos, bem como revelação de experiências pessoais com o adoecer, por parte dos profissionais de saúde, e visão de saúde-doença pelos pacientes.

Tabela 01 – Perfil dos participantes pacientes de acordo com dados principais:

PERFIL DO PACIENTE							
Sexo	Feminino 18 (90%)				Masculino 02 (10%)		
Faixa etária	18 a 25 anos 01 (5%)	26 a 35: 0 %	36 a 45: 04 (20%)	46 a 60: 10 (50%)	+ 60 anos: 05 (25%)		
Escolaridade	S/estudo 01 (5%)	Fund.inc: 09 (45%)	Fund. 2 (10%)	Méd.inc. 01 (5%)	Medio 01(5%)	Grad 5 (25%)	Pós 01 (5%)
Renda	S/R 2 (10%)	1 SM 9 (45%)	2 /4SM 3 (15%)	+ 5 SM 01 (5%)	BPC* 01 (5%)	BF ** 01 (5%)	N.I.*** 3 (15%)
Tempo na UBS	1 ano: 02 (10%)	2 a 4 anos: 01 (5%)	5 a 9 anos: 5 (25%)	10 a 14 anos: 06 (30%)	+ 15 anos: 06 (30%)		
Morbidade/Acomp.	HAS e/ou DM 08 (40%)	Tr.Humor 03 (15%)	Cardíaca 02 (10%)	Puericultura 02 (10%)	Gestação 02 (10%)		
	Odontologia 02 (10%)	Asma 01 (5%)	Coluna 01 (5%)	Esofagite 01 (5%)	Renal 01 (5%)		

Fonte: A autora (2019).

Legenda: *BPC= Benefício de Prestação Continuada; ** BF = Bolsa Família; ***Não informado.

Observa-se participação predominante do sexo feminino, em face a presença maciça de mulheres na UBS para atendimento, perfil observado em outros estudos que apontam a procura expressiva de mulheres pelos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2018).

A faixa etária predominante de 46 a 60 anos, Mendes (2016) em seu modelo de atenção às condições crônicas aponta para o envelhecimento da população, que requer abordagem em prevenção de doenças e promoção de saúde, e está diretamente relacionada aos dados de morbidade, que sinalizam o predomínio de quadros crônicos como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Transtorno Mental.

Cabe destacar os dados de escolaridade com predominância em fundamental incompleto, seguido por graduados, destaque para informação de perda de emprego e por conseguinte perda de plano privado de saúde. A renda predominante corresponde a 1 (hum) salário mínimo, o que caracteriza uma população mais vulnerável socialmente.

A pesquisa apresenta uma amostra com abordagem qualitativa, é significativa pois abrange todos os possíveis motivos de atendimento em UBS: rotina, gestante, puericultura, adultos com quadros crônicos, pessoas com situações agudas de quadros crônicos, idosos e pessoas com necessidades administrativas (atestados, declarações) bem como situações de encaminhamentos a rede de atenção, para exames e/ou consultas especializadas.

Tabela 02 – Distribuição dos participantes profissionais com os dados principais:

PERFIL DO PROFISSIONAL						
Sexo	Feminino 12 (70.6%)				Masculino 06 (29.4%)	
Faixa etária	26 a 35 anos: 02 (11.7%)	36 a 45 anos: 05 (29.4%)	46 a 60 anos: 09 (52.9%)	+ 60 anos: 01 (5.9%)		
Categoria	Enfermagem 05 (29.4%)	Medicina 04 (23.5%)	Odontologia 04 (23.5%)	Psicologia 02 (11.7%)	Fisioterapi 01 (5.9%)	Nutrição 01 (5.9%)
Tempo na UBS	1 ano: 0%	2 a 4 anos: 04 (23.5%)	5 a 9 anos: 06 (35.3%)	+ 10 anos: 07 (41.2%)		
Experiência com adoecer	Pessoal: 14 (82.3%)			Familiar: 15 (88.2%)		

Fonte: A autora (2019).

No levantamento do perfil dos profissionais observa-se participação predominante do sexo feminino. A predominância da faixa etária entre 46 a 60 anos, o que aponta para maior tempo de formação e experiência em atendimento.

Ressalta-se ainda que, são profissionais de diferentes especialidades e categorias, portanto, apresentam experiências diversificadas em atendimento de crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos, e em emergência, com olhares muito específicos. Alguns de UBS ESF que atendem a toda a população e de UBS que atendem suas especialidades.

Observa-se predominantemente que os profissionais de saúde têm experiências com o adoecer, pessoalmente e/ ou familiar próximo. Destaque para uma profissional em especial, que mencionou sua opção profissional ter sido em decorrência da experiência de cuidadora de familiar. Profissional que relatou ter filhos especiais que a sensibilizaram para histórias de pacientes. Profissional que vivenciou perda importante, teve episódio de depressão, afastamento e ao retorno mais sensibilizada as dores dos pacientes e seus familiares.

Identifica-se em comum nos perfis de pacientes e de profissionais o tempo de acompanhamento e de atuação na UBS, que aponta para mais de 10 anos, o que se caracteriza como acompanhamento longitudinal e existência de vínculo, princípios da APS.

Longitudinalidade se concretiza por meio da existência de fonte habitual de atenção e sua utilização ao longo do tempo, partindo da premissa que a relação entre paciente e profissionais deve refletir confiança interpessoal e vínculo duradouro (KESSLER 2018, p.1128).

A pesquisa tem diferentes narrativas que apontam para atenção ao longo do tempo e vínculo, com destaque para uma fala de paciente:

Sempre que precisei, atendeu, já sou daqui há mais de 10 anos, já conheço todo mundo do posto, eles me informam, tudo me explicam, é bem... eu estou bem contente (P 17, 2018).

Quanto ao nível de escolaridade o predomínio foi fundamental incompleto e a renda de 01 salário mínimo, destacou-se a importância da atenção às pessoas em situação de vulnerabilidade social, reafirmando o papel do SUS, de promover o princípio da equidade.

Nas populações menos favorecidas, há menos saúde, significa que na APS, esses sujeitos mais vulneráveis precisam ser mais bem cuidados, visando diminuir as desigualdades sociais, perspectivas a ser refletida pelos profissionais e incorporada nos processos educativos (CAPRARA, 2012, p.1113).

Dados importantes para serem trabalhados na equipe multiprofissional e incentivar educação em saúde.

A narrativa de alguns profissionais aponta para identificação de dificuldade no contato com pacientes baixa escolaridade, eles mencionaram que:

A gente encontra bastante resistência, assim, nesse processo de auto colaboração, porque muitos usuários com baixa escolaridade, a gente se encontra aqui numa população ainda em que é difícil (PS 6, 2018).

PS 1 (2018): Às vezes como eles são leigos, a gente já vai interpretando um pouco a... a questão da resposta...induzindo (...) porque tem uma variação, de condição, assim, intelecto, social, muito grande aqui?"

O estudo de Caprara (2012) corroborou este achado, apontou que os médicos possuíam dificuldades na comunicação relacional com pacientes de baixo nível de escolaridade, o que pode inclusive prejudicar o vínculo entre ambos e a adesão ao tratamento.

Partiu-se do perfil dos pacientes e dos profissionais e suas especificidades, e traçou-se a interação entre os perfis no campo de longitudinalidade e vínculo, bem como questões relacionadas a escolarização e dificuldades advindas da comunicação.

A seguir análises a partir das categorias, núcleos de sentido e narrativas dos participantes.

4.2. CATEGORIAS DO ESTUDO

As categorias apresentadas na figura abaixo, são as categorias elencadas na fundamentação teórica, e serão discutidas, seguindo-se a identificação de núcleos de sentido e as respectivas narrativas, de acordo com a percepção dos participantes, as falas referenciadas foram as mais significativas, tanto para reafirmar, quanto para contrapor os componentes analisados, a proposição é promover um diálogo entre paciente e profissionais.

Figura 06 - Categorias



Fonte: Autora, 2019

Destaca-se que as falas são apresentadas da seguinte forma: entendendo que P é resposta de Paciente e PS é a resposta Profissional de Saúde, podendo variar entre P de 01 a 20, e PS de 1 a 17, que contempla todos os participantes.

4.2.1 Categoria 1: Explorando a saúde, a doença e o adoecer

Os aspectos são inter-relacionados, saúde, doença e adoecer, nas narrativas identificam-se esse encadeamento, e analisa-se as falas se contemplam ou não os respectivos componentes no atendimento. Identificaram-se as abordagens que contém os principais dados: histórico, exame físico, exame complementar, e a experiência de adoecer, nas dimensões SIFE (Stewart, 2017): sentimentos, ideias,

funcionalidade e expectativas, conforme preconizado. Essa categoria inclui também a promoção de saúde.

Na percepção dos participantes, destacam-se os achados principais:

a) Abordagem sobre queixa:

A gente espera que o paciente faça o relato da queixa, da sua necessidade, mas como são leigos né, a gente já vai interpretando um pouco a questão da resposta, acaba questionando, induzindo para conseguir melhor resultado (PS 1, 2018).

A gente conversa com os doutores, quando vem consultar eles perguntam como estou, o que estou sentindo, como vai, como não vai, é uma conversa bem gostosa, eu gosto muito sabe (P 01,2018).

Quando vem para a consulta, ele pede para explicar o que está¹⁶ sentindo, o que sente? Ai, pede exame, e com o resultado dos exames, já medica (P 03 , 2018).

P 07 (2018) Perguntam qual a queixa, por que eu vim consultar.

P 19 (2018) A primeira pergunta é: o que você sente, você fala o que sente e morre naquilo. Estou com dor de cabeça, tomou remédio para dor de cabeça, acabou a conversa, não precisa saber mais nada... essa é a crítica.

A dra. (...) é muito atenciosa, tenho liberdade para pedir exame, o dr. (...) também é muito atencioso, assim que... a consulta dele é uma consulta particular porque ele vê tudo, manda a gente ficar na maca, examina tudo, uma consulta completa (P 10, 2018).

Geralmente não é o adoecimento da boca, eles falam muito da saúde geral (PS 05).

Saúde seria o bem-estar em todos os sentidos, biopsicossocial, quando você não está bem, vai afetar (...), doença muitas vezes é o emocional que faz adoecer, estresse, afeta o físico. Alguns profissionais não abordam isso, é só o que você está sentindo, não tem diálogo. Por isso que eu gosto Dr. (...) porque a gente conversa, espera a gente falar o que está sentindo, não corta a gente (PS 04, 2018).

Os relatos dos Pacientes e dos Profissionais apontam para abordagem a partir da queixa principal, por vezes exame físico, solicitação de exames, e prescrição medicamentosa o que leva a identificar predominantemente o modelo biomédico na abordagem inicial. Para Souto (2011, p. 177) “precisamos ultrapassar o campo da anamnese, um instrumento que não alcança o fenômeno do adoecimento, seu objetivo é a queixa principal e reduz o paciente à doença”. E corrobora o achado de Caprara (2012, p.1112): “Na ESF, médicos e pacientes ainda reproduzem em sua

¹⁶ Quanto a primeira transcrição das entrevistas mantivemos as falhas na linguagem (vícios, erros, contrações e outros), mas ao transcrever no trabalho optou-se por proceder acertos para facilitar o entendimento e a leitura (contrações foram corrigidas; vícios foram excluídos).

relação comportamento do modelo biomédico, ferindo os princípios da APS. (...) e a consulta com base em queixa-conduta”

b) Abordagem SIFE (STEWART, 2018): abordagem a sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas.

A gente sempre pergunta a queixa, por que ele procurou a US, a partir disso a gente vê a situação do paciente, coloca algumas questões. (...) O medo a gente procura tranquilizar, acalmar, deixar o paciente pegar confiança, acolher bem (PS 3, 2018).

A percepção do adoecer, as vezes a minha preocupação é como a forma de eu falar vai trazer pra ele carga negativa, que tome atitude de desistência, de abandono, então me preocupo com o que falei, e como vai repercutir (...) não basta dar o diagnóstico, o que ele entendeu, o que sentiu, e o que vai fazer com isso, que é a preocupação maior (PS 1, 2018).

As falas apontam a abordagem de sentimentos e expectativa dos pacientes, do acrônimo SIFE, as letras S e E são contempladas, inclui o sentimento de medo do paciente e a percepção do profissional como sua resposta pode influenciar a reação do paciente em seu adoecer. SIFE, é a base para compreender a experiência da doença para o paciente.

c) Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças:

A gente aborda essa questão nos pacientes com doença crônica, que a relação qualidade de vida no futuro, é esse processo ser bem acompanhado, do adoecer e da qualidade de vida, aborda para a que a pessoa perceba que vai ter impacto na vida (PS 6, 2018).

Pergunta como que a gente está, o que veio fazer... no meu caso é tireoide, eu venho de 6 em 6 meses fazer exame de rotina e de diabete também. Tem um tempo, ela conversa, pergunta se está fazendo dieta, se está fazendo caminhada, como que está a alimentação? (P13, 2018).

Eles fazem bastante pergunta, o que a gente sente, qual o problema, o meu médico atende muito bem, a mim e a minha família, e daí as consultas de todo mês para pegar a fita, descarrego a maquininha, pego as fitinhas e levo para casa com a insulina. Passei praticamente a ser vegetariana, bastante legumes, arroz integral, pão integral, que eu faço né, para não ter açúcar e não ter gordura, mudou meu modo de viver, como de tudo, mas não exagero em nada (P 15, 2018).

Primeiramente a US é ESF, a gente tem vínculo com o paciente. (...) se é paciente crônico já tem ação programada, já direciona para o médico ou enfermeiro. (...)A gente preconiza isso, trabalha primeiramente com a prevenção da doença, para depois seguir para o tratamento (PS 4, 2018).

Identificou-se abordagem quanto aos hábitos dos pacientes: alimentação, caminhada, qualidade de vida, uso de medicação, que apontam para presença de

ações de promoção e prevenção, atendem à demanda do modelo de doenças crônicas, descrito por Mendes (2016), e relativamente contempla abordagem sobre promoção indicada por Stewart et al., 2017.

A PNAB (MS, 2017) define Promoção de saúde como um princípio para o cuidado em saúde e destaca ações de relevância:

Considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe (...) a partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas e comportamentos que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Destacam-se ações de relevância geral para a população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

Aponta-se para a importância da Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças desde a Carta de Ottawa (1986). O desenvolvimento de políticas públicas, exames preventivos, e outros métodos. A promoção de saúde pública apresenta prioridade, mas Stewart et al, (2017, p.53) aponta “a importância da atenção à implementação de iniciativas de promoção e prevenção no nível individual, do profissional e da pessoa que busca cuidados.” Sinalização da importância de singularizar o atendimento, e não a oferta de pacote de promoção a todos os pacientes, considerando o potencial da pessoa para sua saúde.

d) Integrando Saúde, Doença e Adoecer:

Geralmente quando o paciente chega para mim, chega com muitas queixas, não necessariamente adoecimentos físico, mas adoecimento psíquico, é um sofrimento, não e adoecimento, é sofrimento, e o trabalho que faço daí assim na abordagem na escuta, é exatamente de linkar o sofrimento com a questão da vida, com as questões relacionais também que o paciente traz, então assim, é toda uma avaliação que tem a parte de investigação de sintomas que o paciente traz, sintomas graves também orgânicos.(...) PS 15 (2018),

O relato acima apresentou integração da doença e do adoecer, a relação com as queixas e as situações de vida, em especial um atendimento que permeia a primeira categoria.

Cabe destacar que são categorias profissionais diferentes, então abordam de acordo com sua especificidade.

Em geral, os relatos apontam abordagem sobre doença, partindo de queixas, o interessante foi perceber que os profissionais a partir dessas primeiras informações passaram a abordar prevenção e promoção, e orientar ao paciente. Não há abordagem sobre como o paciente se sente na experiência de adoecer, no acrônimo SIFE, nos aspectos de Ideias e Funcionalidade sobre sua saúde. A abordagem é prioritariamente a partir da doença, de jeitos diferentes, mais diretos ou mais sutis.

Caprara (2013) sinaliza que o médico teria que analisar não somente os aspectos biomédicos do problema de saúde, mas também a experiência da doença vivida pelo paciente.

Quanto a relação profissional e paciente, observou-se presença de vínculo, na forma com que pacientes e profissionais se referiram uns aos outros, os pacientes citam todos os profissionais da equipe, tratam pelo nome.

Existe casos de queixa pela ausência de vínculo, em especial em UBS tradicional.

O primeiro componente Explorando a Saúde, Doença e Adoecer, esteve parcialmente presente nas abordagens, indicando que em relação ao entendimento da doença pela perspectiva do paciente, não tem sido abordado regularmente, e por conseguinte a promoção de saúde, por vezes, não é realizada de forma individual, construída com o paciente.

4.2.2 Categoria 2: Entendendo a pessoa como um todo

Nesta categoria se verifica a visão integral, a importância da pessoa, suas possibilidades desde história de vida, seu ciclo de vida, contexto familiar, escolar, trabalho, apoio social, considerando comunidade e cultura. Integrando a doença e a experiência de adoecer ao contexto.

Na percepção dos participantes:

a) Abordagem quanto à família, ao trabalho, questões sociais, e outros:

PS 9 (2018) Entra a questão da família, que você tem que abordar, muitos falam, ah eu passei nervoso, discuti(...) é mais emocional, psicológico.

Na primeira consulta, se tem pessoa na família com deficiência, na segunda em diante, já não. Já conhece o paciente (P 03, 2018).

Sim, paciente e família como um todo (PS 04, 2018).

Ele conhece sim, porque a gente vem sempre aqui, ele sabe do meu trabalho (P 02, 2018).

Questão de sono, antecedentes, alimentação, o convívio familiar, o ambiente em casa, no trabalho... porque não é só pontuar queixa e tratamento, porque as vezes até a condição de trabalho que a pessoa está tendo, muitas vezes e questão emocional (PS 1, 2018).

Não, não, aí sobre pressão, ele falou que tenho que mudar tipo da alimentação, ele me explicou tudo certinho. Perguntou se eu pegava peso demais, perguntaram certinho, perguntou o que aconteceu com a minha coluna que estava doendo, eu falei que trabalhava na obra, trabalhava em serviço pesado...empurrava bicicleta, carrocinha, falei para eles (P20, 2018).

Sim, trabalho, escola, dia a dia, sem dúvida. Atividades em geral. Doença ocupacional PS 8 (2018).

Não, não, é específico, o que está sentindo e o que te trouxe aqui (P 19, 2018).

Sim, uma questão muito clara é o social, como interfere na questão da saúde, saneamento básico, e as próprias relações familiares (PS 6, 2018).

Muitas referências quanto à família, ao trabalho, questões sociais, situações específicas, que influenciam na saúde e no adoecer. Quanto à família, os participantes identificam tanto em relação ao papel de apoio, quanto a ser fonte de problemas, mas no geral existe abordagem e por vezes manejo pelas equipes de ESF. Quanto ao contexto trabalho e escola os fatores de estresse foram considerados.

b) Ciclo da vida e outras condições de vida:

Perguntaram das crianças, tem bastante criança lá em casa, umas 8 (oito) então sempre pergunta da carteirinha de vacina (P 06, 2018).

Se é adolescente, e usa piercing, fumante (PS 3, 2018).

O meu maior número de atendimentos é de gestantes e crianças até dois anos, então o estilo de vida deles afeta, com toda certeza no desenvolvimento, se é paciente tabagista, se faz uso de substância psicoativa ou não, tudo isso afeta, então a gente tem que abordar (PS 7, 2018).

Sim, por exemplo paciente diabético, se no contexto está desempregado, não tem condição de comprar aquilo que a gente fala. Se é paciente idoso, contatar família, se é morador de rua. Se é idoso, se tem família.

Identificou-se abordagem de ciclo de vida (criança, adolescente e idosos) e condições de vida que afetam saúde e adoecer. Alguns profissionais mencionaram abordar aspectos psicológicos e sociais, o que não se verificou nas respostas dos pacientes. Stewart (2017) aponta para a importância do desenvolvimento individual,

de acordo com etapas de vida e as possíveis tarefas que assumem em seus papéis e como reagem ao adoecer, de acordo com sua personalidade.

Ressalta-se mais uma vez a situação de vínculo, de conhecimento entre pacientes e profissionais, o que possibilita um entendimento prévio dos pacientes e suas histórias, principalmente nos casos de ESF.

O segundo componente: Conhecendo o Paciente como um todo é bem abordado no que se refere aos contextos, segundo narrativas dos profissionais e dos pacientes.

4.2.3 Categoria 3: Elaborando Plano de Tratamento

A construção de plano de tratamento conjunto, elencar problemas e prioridades, metas de tratamento e atribuições de papéis. O tratamento e suas possibilidades, considerando a autonomia da pessoa.

Na percepção dos participantes:

a) Motivo do Atendimento

Bem variado, as vezes o paciente e bem carente, você começa a explicar e pergunta se está tudo escrito aí? Eu vou ler em casa. As vezes ao contrário, a pessoa fica bastante ansiosa a gente explica. Eu sempre gosto de explicar, a receita por exemplo, eu gosto que o paciente entenda, as vezes é complicado depender daquela pessoa, não ter um familiar junto na consulta, assim já oriento o familiar. Tentando trazer o paciente para a responsabilidade também (...) deixa a porta aberta, senão melhorar em tantos dias volta. Bem variado, alguns bastante objetivos, eu estou aqui para isso. Alguns pacientes que a gente pergunta e eles não sabem, foi um parente que marcou, pediram para eu vir, não sei por quê. Daí você tem que deduzir, pergunta: mais tem alguma coisa te incomodando? Alguma dor? Tem que perguntar, quem marcou, por qual motivo. Porque tem uma variação social e de intelecto muito grande aqui (PS 1, 2018).

O preventivo, a mamografia... agendei, aproveitei e peguei remédio para o meu irmão. Falei do meu irmão que está lá em casa, 75 anos, que fui buscar no sul de Minas, está muito doente (...) ele é alcoólatra (P 02, 2018).

b) Plano de Tratamento

Chegamos a um acordo, Porque cada vez que eu vinha medir estava alta (glicose), ele pediu exame, fiz exame, deu alta, ele falou que precisava usar (insulina), e eu falei que não usava, não usei, na próxima consulta, que eu voltei, ele perguntou se usei, falei que não. Ele colocou a mão na cabeça, mas você tem que usar, é para o seu bem, e explicou o motivo, daí eu estou usando, sabe, meio contra vontade, mas é obrigatório, então estou usando (P 02, 2018).

Discute. Ele discute porque eu comecei tomando uns tarja preta, daí agora ele perguntou se eu queria tirar, falei que achava melhor, porque estava me prejudicando, deu falta de memória. Daí ele trocou, me deu outro. está melhor agora (P 16, 2018).

Geralmente eu explico, a gente não discute... a gente impõe o tratamento, se ele não quiser vai ser um pouquinho complicado, a participação dele é fundamental, tem que informar, o paciente que faz o diagnóstico, ele diz o que tem, você interpreta, computa na sua cabeça, faz o diagnóstico, elabora o tratamento e faz programa de atendimento. A conduta é única, tem que fazer a história, a anamnese: o que você tem, quando começou, no que trabalha, com essas perguntas, você mata o diagnóstico (PS 14, 2018).

Sim, é conversado, mas normalmente é proposto né, o tratamento... e a gente segue (P 18, 2018).

P 04 (2018): Não é uma discussão, é um repasse. É que também as vezes não sei se é porque eu não faço pergunta. Mas se eu entendi... é só repasse.

Não, não compreende... responde a tua ...direto aquilo que você tem. Tem problema de tireoide e já abre o computador, vou mandar fazer exame, depois volta aqui. Não está normal, vou te passar a receita e acabou (P 19, 2018).

Na proposição do plano de tratamento verificou-se que profissionais identificaram o motivo da consulta, orientaram condutas, alguns de forma dialogada, e outros de forma mais direta. Stewart (2017) aponta que: “o que é indispensável é que os profissionais escutem os sinais e indicações oferecidas pela pessoa a fim de elaborar questionamento adequado e sensível” (Stewart, 2017, p.15), e assim traçar um plano de tratamento conjunto, possível de ser praticado pelo paciente.

c) Prevenção de Doenças e Papel dos profissionais e pacientes:

Sempre coloco a importância do autocuidado, que existe a responsabilidade da equipe, as vezes do familiar, quando é um paciente dependente, mas que o principal é ele entender a parte dele no tratamento, a responsabilidade que ele tem na execução daquele cuidado, ou da mudança de comportamento, de hábito para o sucesso do tratamento (PS 12, 2018).

Ela orientou sim, ela sempre orienta, a gente que as vezes relaxa um pouco (risos) mas a gente sabe que ela está certa, que deixa de fazer, combina... eu já falei pra ela que quando chego do trabalho tem um parque perto de casa, tem hora que a gente leva a sério, faz mais vezes mas outra hora, faz menos. Mas é conversado com ela, se a gente fizesse bem direitinho só vai trazer bem né. (P13, 2018)

E tem a responsabilidade do enfermeiro, do médico e é compartilhada, ou seja, a responsabilidade não é só de a equipe cuidar, o paciente tem que ser responsável pelo seu autocuidado (PS 4,2018).

Explica tudo. Só não segue quem não quer. Já tive reunião, levo o papel para casa e vejo em casa. Atualmente é para fazer caminhada, pelo menos uma hora e meio por dia (P 15, 2018).

Oferto, combino, dieta, atividade física, daqui três meses a gente repete o exame, me preocupo, mas o paciente tem que ter seu papel, cumprir o combinado (...) percebo que muitos voltam e dizem olha eu fiz e melhorou (PS 9, 2018).

Geralmente tento dividir com o paciente as possibilidades que a gente tem pra fazer, mas depende do nível cultural de cada um, tem gente que não adianta tu querer explicar e dividir porque não tem condição pra isso, mas quando vejo que a pessoa tem condição de decidir junto comigo, eu tento explicar, e digo as melhores possibilidades, digo o que faria se fosse comigo, ou com um familiar meu. Explico as possibilidades, os riscos de cada situação (PS 08, 2018).

Nas narrativas encontram-se diversidade de abordagens e condutas, alguns profissionais buscam entender o problema do paciente, e traçam plano de tratamento. Verificou-se a participação do paciente, que assume sua parcela de responsabilidade ou mesmo se questiona quando tem dificuldade em fazer seu papel. Por outro lado, tem relatos que afirmam que não discutem plano de tratamento e sim é imposto. E diversos pacientes que relatam que o tratamento é proposto e tem que seguir, não é construído conjuntamente.

Caprara (2013) aponta estudos que mostram quando o paciente é informado e envolvido na tomada de decisão, modifica com mais facilidade seu comportamento de saúde, e o profissional fica mais satisfeito. Por isso é determinante a constituição de vínculo terapêutico com a pessoa considerando também o ponto de vista do paciente.

Stewart et, al. (2017, p. 99) aponta pesquisas em que “a ausência de participação da pessoa durante a consulta, ficava evidente em sua incapacidade de responder às decisões ou ações dos médicos”; e o “fato da consulta incluir a experiência da doença e um plano conjunto de tratamento, se apresentava como incentivo para as pessoas aderirem ao esquema terapêutico”. E complementa “o MCCP oferece estrutura para que o profissional aplique esforços de prevenção de doenças, usando o mundo das pessoas, da comunidade” (Stewart, et al, p.53).

d) Conduta e Encaminhamento

P 01 (2018) Agora vim porque o dr. errou o número da minha consulta, para pegar remédio na saúde pública, a moça não aceitou. Não tinha consulta, mas ele já fez o papel para mim.” E continua: “Conversa bastante sobre isso, sempre quando eu ficava ruim, eu já ia direto para o hospital, mas eles aqui trabalham junto com a gente, tinha as enfermeiras... já estava orientada quando eu chegava aqui, não chegava boa, não sentindo nada, ela via minha pressão, estava lá em cima, elas já corriam, passava para o doutor, tinha consulta ou não , eu era consultada. Das vezes que eu chegava aqui e estava ruim, chegava aqui e minha pressão estava boa, passava para o médico.”

Explicou direitinho, explicou o que pode ser feito aqui no Posto e o que não pode ele encaminha pra faculdade mais próxima, e eu estou me tratando lá (P 14, 2018).

Refere a integralidade e o papel de coordenação de cuidado na UBS. Outras narrativas também apontaram para encaminhamentos a serviços secundários e terciários, e continuidade dos acompanhamentos pela UBS.

Ressalta-se que a literatura aponta o compartilhamento de decisões como preponderante na adesão ao tratamento (Caprara, 2013; Ribeiro, 2008, Brunello, 2010).

No que se refere ao plano de tratamento conjunto, associa-se a outro referencial teórico, a tomada de decisão compartilhada, que “reúne duas importantes fontes de especialização – o conhecimento clínico, habilidades e experiência do profissional e conhecimento do próprio paciente e experiência de sua condição, o impacto em sua vida e o que é mais importante para ele. A decisão compartilhada pode ocorrer entre paciente e o profissional de saúde envolvido em seu tratamento e atendimento. A expressão “nenhuma decisão sobre mim, sem mim” é a máxima da tomada de decisão compartilhada (BRASIL, 2016). Pelo aspecto da educação em saúde, aponta para o empoderamento do paciente.

O terceiro componente, elaboração de plano de tratamento conjunto e definição de papéis, é contemplado na identificação do problema, mas na questão de construção conjunta evidenciou-se a informação, repasse e prescrição de tratamento, sem a participação ativa do paciente. E em outros casos a proposição está baseada na promoção e prevenção, que se não tiver o aceite do paciente, não tem adesão.

4.2.4 Categoria 4: Relação Profissional, Paciente e Equipe.

O componente é transversal aos demais, o foco é na relação, seja na aliança terapêutica, no vínculo, no resultado e na sua potência de interação aos componentes anteriores. Aponta aspectos que buscam humanizar o cuidado à saúde: compaixão¹⁷, respeito, confiança, empatia, poder na relação, autoconhecimento do profissional, transferência e contratransferência, incluímos o trabalho em equipe.

Na percepção dos participantes:

¹⁷ O aspecto compaixão é muito subjetivo, pode referir-se a caridade, piedade, não se conseguiu definição ou referências logo, não foi avaliado nos resultados.

a) Aspectos: Atenção, Confiança e Empatia, traduzido por Acolhimento e Vínculo

Eles vinculam, não... e eu não consigo fazer uma consulta se eu não me vincular também. Eu tenho que me vincular, então eles acabam vinculando com a gente e eu acabo dizendo... tente me procurar...tento deixar assim, um acesso mais fácil vinculando mais por questão emocional que não tem explicação, que é questão de empatia (PS 1, 2018).

Fontgalland e Moreira (2012, p.34) apontam que Rogers “inicialmente define empatia como sendo uma compreensão, por parte do terapeuta, dos sentimentos apresentados pelo paciente, o que colaboraria para a obtenção de um ambiente terapêutico”. E enfatiza também a evolução do conceito:

De um estado para um processo, sendo mais do que apenas um conceito, mas uma atitude fundamental, uma compreensão profunda, verdadeira e sem julgamentos, por meio de um ver e ouvir verdadeiros, proporcionando todo um ambiente ideal de acolhimento e de facilitação para que o cliente se sinta compreendido e caminhe em prol do crescimento e amadurecimento de sua personalidade (FONTGALLAND e MOREIRA, 2012, p.52).

Stewart et. al (2017, p.3 sinaliza que há “pesquisas que apontam que a empatia declina ao longo do tempo”, portanto se faz importante trabalhar constantemente esse conceito e prática.

Nota 10, eu chego e todos me chamam pelo nome, conheço eles todos. Se precisar de alguma coisa você fala, se ela não puder resolver já vai falar com outra pessoa, mas eu já sei com quem eu falo, já vou direto (P 01, 2018).

Sempre bem acolhida por todos. Sempre me ouvem (P 09, 2018).

Empatia, não abordo culpando, eu ouço mais o que ele tem a me dizer, oriento sem cobrança (PS 5 2018).

Eles me acolhem, sou mais conhecida que arroz de terceira, porque todo mundo me conhece (P 11, 2018).

Acolhimento e atitude de receptividade, prontidão, disposto a ouvir, o paciente se sente valorizado”, disse o PS 13 (2018), no que concorda o PS 17(2018) Acolhimento, vínculo, amor, interesse, amar sua profissão. E PS 15(2018) Escuta, um lugar de fala, e trabalho com o material que a pessoa traz.

Me tratam como amigos. Eles investigam o que que está acontecendo no corpo da gente, faz investigação para ver o que que a gente pode tomar, o que não pode. Sou bem acolhida, não tenho queixa não (P 15, 2018).

Disposta para trabalhar, estou sempre com sorriso no rosto, sempre trato muito bem, com educação, com respeito, e como estou na UBS há 10 anos, tenho vínculo. Tem que olhar p paciente, escutar, dar atenção a ele, e aos pouquinhos explicar de forma clara (PS 2, 2018).

Muito bem, muito bem. Eles me escutam, são bem atentos, eles pesquisam, por exemplo meu aparelhinho não estava funcionando (P 10, 2018).

Sempre que precisei, entendeu, já sou daqui há mais de 10 anos, já conheço todo mundo do posto, eles me informam, tudo me explicam, é bem... eu estou bem contente (P 17, 2018).

Dar atenção, agregar confiança (PS 3, 2018)

Ela é atenciosa, e está à disposição da gente pra escutar, conversa bastante, sabe dar atenção (P 13, 2018).

Os participantes profissionais predominantemente apontam a prática de acolhimento, de escuta, dar atenção, ter empatia - dispositivos incentivados pela ESF, o que é percebido pelos pacientes como sendo atenciosos, ouvintes e educados.

Destaca-se também o conhecimento recíproco, profissionais conhecem seus pacientes e familiares, que por conseguinte, se sentem bem acolhidos por conhecerem os profissionais. Verifica-se a formação de vínculo pelo modo com que os pacientes se sentem tratados, se sentem amigos dos profissionais, numa relação de confiança. Os pacientes se referem a todos os profissionais da equipe, e os tratam pelos nomes.

Para Santos e Merhy (2018, p. 865) e o uso de tecnologia leve:

O vínculo é nutrido pelo cotidiano e parece configurar relações tão próximas que se assemelham a relações de amizade (...) construir relações que diminuem distância entre o profissional e o usuário à medida que estão unidos, não apenas pela queixa de saúde, mas também pelos laços de afeto que compartilham e sentimentos de confiança.

Para Stewart (2017), a relação profissional e paciente tem no vínculo a formação de aliança terapêutica, aliança de trabalho conjunto, que promove a qualidade de atenção à saúde.

Destaca-se que o vínculo da relação profissional e paciente verificou-se integrado aos demais componentes.

b) Quanto à equipe:

Sim, converso, tem a nutricionista, a farmacêutica, sempre tem tempo pra falar, conversa, bate papo. (P 01, 2018).

Sim a dra (...) se tem dúvida na hora ela chama, conversa com outros profissionais (P 04, 2018).

Eu falo com a doutora, com a psicóloga, na roda de conversa, falo até o que não é para falar (P 10, 2018).

Bem resolvida a relação com a equipe, o que não pode fazer aqui, eles encaminham direitinho (P 14, 2018).

Troca muito dinâmica com a equipe (PS 2, 2018).

Muitos casos a gente conversa, até por ser ESF, entre os profissionais e atividades, tem interação boa (PS 3, 2018).

Sim somos ESF, então nosso atendimento muitas vezes é conjunto, interagimos, vemos junto o paciente e tomamos decisões juntos.” (PS 6, 2018).

Acho que conversam, porque aqui no posto toda quarta tem reunião, só da equipe, pra conversar, fazer distribuições, dicas pros pacientes (P 15, 2018).

Me relaciono bem com a equipe, informa tudo que eu quero saber (P 16, 2018).

Reuniões às quintas, equipe discute casos dos pacientes, que condutas tomar, se vai atrás, reunião e interação p cuidar dos pacientes (PS 7, 2018).

Menos do que gostaria, do que acho que eu deveria, mas pela estrutura do trabalho, a gente discute muito isso na equipe do NASF, discuto casos pontuais com a nutricionista, com educador físico e outros. O trabalho é bem multi. Quanto a equipe das UBS são pessoas mais pontuais, alguns médicos, colegas de enfermagem, dentro da proposta do NASF para dentro da Unidade, nas básicas não tem esse espaço, as vezes é pontual, no corredor, no café (PS 15, 2018)

Converso com médico, UBS e ESF, tem profissionais mais abertos, outros menos (PS 16, 2018).

Dependo da equipe multi (PS 17,2018).

Existe diferença no trabalho em equipe em relação a UBS tradicional e UBS ESF, a integração entre os profissionais, o atendimento conjunto, a discussão de casos é mencionada pelos profissionais, até mesmo os pacientes conhecem a equipe, percebem a comunicação entre eles e tem conhecimento de reunião regular da equipe.

Os profissionais da UBS tradicional trabalham na forma de encaminhamentos, de orientação quanto aos programas, e os pacientes percebem essa dinâmica, quando referem aos encaminhamentos, salvo exceções que são relacionadas a perfil do profissional.

A experiência de modelos diferentes aconteceu na prática da pesquisa, são 3 UBS tradicionais e 3 ESF, no tratamento dos resultados verificou-se diferenças apontadas tanto por profissionais como por pacientes; no entanto, identificou-se que em relação as características pessoais dos profissionais, em UBS ESF tem-se profissional com abordagem mais aproximada do modelo biomédico, e em UBS Básica identificou-se profissional mais centrado no paciente. Caprara (2012, p.1101) explica da seguinte forma: “pacientes e médicos ponderam sobre três aspectos que

influenciam a interação clínica na ESF: as características pessoais do médico, o agir profissional e os problemas na organização do serviço”.

Acolhimento é mencionado pelos profissionais, um conceito da APS, compreendendo dar atenção, facilitar acesso e atender necessidades do paciente.

Santos e Merhy (2018, p.862) faz referências as tecnologias leves, que tratam da relação profissional e paciente: “A prática de acolhimento por meio de escuta e do diálogo marca o cotidiano no trabalho das equipes, (...) laços de afeto e amizade constroem o vínculo (...) estreita relações abrindo-se as redes vivas de produção de existências.

c) Transferência e contratransferência: questão direcionada exclusivamente aos profissionais.

Percebe, mas é um pouco complicado, alguns criam uma dependência, mas como é relação humana acaba misturando um pouquinho as coisas, tem a transferência – deles para a gente e nossa pra eles. Não resolve rs, um paciente que vincula, no começo é mais complicado, mas depois você consegue PS 1(2018).

Percebo sim, em algumas pessoas, tento evitar me afetar muito a respeito, mas é difícil, mas não costumo mudar a conduta, tenho mais ou menos uma linha de pensamento PS 8(2018).

Tem boa relação... direciono para consulta, outros atendimentos ... referência e contra referência PS 2(2018).

“É fundamental, se não fizer boa transferência, não vincula. Contratransferência negativa acontece na UBS.” PS 15(2018)

Tento mostrar a experiencia que ele passou, e diferente do que tenho para oferecer PS 10(2018).

Algumas considerações sobre transferência que apontam para um manejo de não envolvimento, de manter conduta, de que o fenômeno se resolva sem interferência do profissional. As respostas a seguir mostraram não compreensão sobre o fenômeno, e outras respostas apontaram confusão com conceitos de referência e contrareferência.

Não compreenderam a questão: PS 3, PS 4, PS 6 (2018).

Não entendi. PS 5 e PS 7(2018)

Alguns profissionais relacionaram situações específicas (levar problemas do trabalho para casa), mas sem mencionar situações com pacientes, mas que sinalizam sofrimento na relação.

PS 12(2018) transferência e contratransferência daquilo que ele traz para eu trazer para minha, para minha rotina, pra minha vida? (...) então várias vezes, tudo que eu ouvia, tudo que eu via dentro da unidade eu transferia pra minha casa, eu levava isso de bagagem pra casa. Só que de uma forma negativa, não uma forma assim de trabalhar as minhas relações familiares, eu ficava mal mesmo assim, chegava em casa e ficava mal, chorava, eu me fechava, (...) eu vi que isso começou a me fazer muito mal, eu comecei a criar meio que um filtro, eu criei esse bloqueio como uma forma assim de proteção da, da minha pessoa.

“Apoio emocional, mas com limite, para não envolver demais.” PS 13(2018).

Stewart et al., (2017), nos diz que muitos profissionais intuitivamente manejam com as transferências positivas sem necessariamente se darem conta, mas as manifestações negativas e hostis costumam ser mais problemáticas. Ou seja, pacientes que direcionam raiva, insegurança ou dependência, por vezes provocam a contratransferência do profissional.

O conhecimento sobre o processo de transferência da pessoa, positiva ou negativa, auxilia o profissional a compreender como ela vivencia seu mundo e suas relações do passado.

Ressalta-se que a percepção e autoconhecimento do profissional é fundamental para o manejo do fenômeno relacional, portanto as situações ocorrem e trazem por vezes manejos intuitivos e/ou sofrimento, e ainda podem reforçar no profissional a necessidade de não envolvimento, por não serem compreendidas em seu contexto relacional.

Quanto ao componente Intensificando a Relação Profissional Paciente observa-se a formação de vínculo, empatia, confiança presentes na relação, inclusive perpassando pelos demais componentes.

Logo, o componente intensificando a relação é contemplado na APS, visto que os elementos, o vínculo e longitudinalidade estão presentes de forma bastante significativa.

Quanto a transferência e contratransferência não é contemplado visto que o fenômeno não é conscientemente reconhecido e, portanto, trabalhado.

4.2.5 Categoria 5: Atenção primária à saúde

Os aspectos apontados foram alguns princípios e diretrizes de organização da APS, identificados nas respostas dos participantes: Acesso, Integralidade e Resolutividade; Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado.

a) Acesso, Integralidade e Resolutividade:

Muito importante, porta de entrada do paciente que precisa de tratamento, trabalhar prevenção, base da saúde em geral, suporte para o sistema de saúde PS 16(2018).

Depende do tempo, quanto mais tempo eu tiver, mais eu vou poder abordar diversos aspectos, assim com um monte de encaixe, gente batendo na porta, e pedindo ajuda daqui e dali, as vezes é complicado abordar esse monte de situações. Deixo a pessoa falar o máximo e me intrometer o mínimo, e tentar definir um plano terapêutico PS 8(2018).

P 16 (2018) relata que é natural de Pernambuco, eu tiro o chapéu para o Postinho, estão de parabéns, agente lá não consegue nem a metade do que consegue aqui.

APS essencial na vida dos usuários, qualidade de vida e prevenção de doenças, evita problemas mais sérios (PS 02, 2018).

Prevenção e promoção de saúde. É a base (PS 11, 2018).

Cabe destacar que na pesquisa realizada, pacientes e profissionais, que são naturais do Ceará, Rio Grande do Sul e São Paulo apontaram a qualidade dos serviços prestados em Curitiba, em comparação com seus estados. Em relação a facilidade de acesso, qualidade de atenção dos profissionais e recursos (medicação e insumos disponibilizados gratuitamente).

No Brasil, na APS, o excesso de demanda, o número de médicos, a sobrecarga de trabalho e o tempo (15 minutos) são prejudiciais a humanização e a qualidade no atendimento aos pacientes, afirma Caprara (2013).

b) Longitudinalidade e Coordenação de Cuidado foram mencionados no sentido da criação de vínculo, acompanhamento ao longo do tempo e de acompanhamento e monitoramento quando do encaminhamento aos serviços especializados, destaque para algumas falas:

Podia melhorar, tem aplicativo que marca triagem, acho que tinha que marcar consulta, e em relação a exames, leva anos, 2 ou 3 anos, (...) cirurgia também demora P 05(2018).

Mesmo quando tem que encaminhar para atendimento especializado, continuam sendo nossos, a gente tem que dar apoio, nas UBS ESF, percebo que a unidade sabe que o paciente é deles, mas na UBS isso é bem diferente, é bem complicado, até para discutir caso. (PS 16, 2018).

Possibilidade de resolver a maioria dos problemas dos pacientes, educação em saúde da população, questões da gravidez, das doenças crônicas, e das doenças mais comuns, a gente tem de fato uma resolutividade grande (PS 6, 2018).

Quanto a APS, profissionais enfatizaram o papel de porta de entrada para o sistema de saúde, o papel de promoção de saúde e prevenção de doenças e da capacidade de resolutividade de cuidados à saúde.

Quanto a comunidade, elogios em relação a equipe, insumos e encaminhamentos quando necessários. Por outro lado, algumas reclamações de acesso, fila, postura de profissionais, em especial de nível técnico, e demora no atendimento especializado.

As categorias foram analisadas e discutidas, e no que se refere a questão principal que norteou o estudo, que buscou apreender a estrutura da relação profissional e paciente na APS, com base no MCCP, apresentou o resultado sintetizado no quadro a seguir:

Quadro 02 – Síntese dos Resultados quanto identificação dos componentes MCCP.

Componentes do MCCP	Componentes Contemplados	Comentários
Explorando Saúde, Doença e Adoecer	Abordagem contemplada principalmente no aspecto da doença. S - - E	Abordagem a partir de queixa principal, característica do modelo biomédico, e verificou-se a ausência de exploração do aspecto sobre o adoecer na perspectiva do paciente.
Entendendo o Paciente Como Um Todo	Abordagem contemplada quanto aos diferentes contextos de vida do paciente, em relação a saúde e a doença.	Destaque para UBS ESF que tem o conhecimento longitudinal do paciente, e de sua realidade no território, aproximação do modelo centrado na pessoa.
Planejando o Tratamento em Conjunto	Contempla identificação do motivo da consulta e proposição de tratamento e relativa promoção de saúde.	Dificuldades na construção conjunta de plano e definição clara de papéis. Conduta heterogênea entre os profissionais. Aspecto fundamental para o MCCP.
Intensificando a Relação Profissional e Paciente	Contempla aspectos de respeito, confiança e vínculo de maneira significativa, inclusive perpassando os demais componentes.	Apontou para o desconhecimento do fenômeno relacional de transferência e contratransferência.

Apresentação dos resultados sobre o estudo constituiu-se em desafio, pela qualidade de dados levantados e sua análise, com objetivo de contemplar ou não os componentes, conforme acima. Uma solução encontrada foi além de responder a essa questão, apresentar um quadro que correlaciona APS/ESF e suas diretrizes, e o Modelo Centrado na Pessoa e os componentes do MCCP, e responder também ao objetivo específico, com o quadro a seguir.

4.3. CORRELAÇÃO DAS DIMENSÕES ENTRE MODELOS APS/ESF E MCCP

Quadro 3 – Correlação entre Modelos APS/ESF e Modelo Centrado na Pessoa (MCP) e MCCP

Dimensões	APS/ESF Diretrizes	MCP - MCCP Componentes
Processo Saúde-Doença	Clínica ampliada e compartilhada Clínica individual e coletiva	Entendimento Integral, Doença, Experiência da doença e Saúde Clínica Individual
Contexto	Pessoa, Família, Escola, Trabalho, Comunidade, Condição Social e Cultural	Pessoa, Família, Escola, Trabalho, Religião, Cultura
Plano de Tratamento	Reabilitação, Prevenção, Promoção, Coordenação de Cuidado, Condições Agudas e Crônicas, Qualidade de Vida	Problema, Metas, Papéis Prevenção e Promoção Condições crônicas
Relação Profissional, Paciente e Equipe	Acolhimento, Vínculo, Corresponsabilidade, Atendimento Conjunto e Trabalho em equipe interdisciplinar	Compaixão, Empatia e Confiança Transferência e Contratransferência
Qualificação	Formação Multiprofissional, Profissionais das UBS Ensino e Educação Permanente	Formação profissional, prioritariamente médicos, Ensino e Pesquisa
Outros	APS Acesso, Integralidade e Longitudinalidade Território e Rede de Atenção Gestão e Controle Social	APS, com referências a longitudinalidade e vínculo.
Comentário	Política Pública, Princípios, Diretrizes e Estratégia como Modelo. Gestão, Clínica e suas ferramentas. Crítica: dificuldade com método, com qualificação, UBS tradicional apresenta marcadamente aspectos do modelo biomédico. ESF com componentes aproximados do MCCP, falta ênfase no cuidado compartilhado, e identificação do fenômeno relacional transferência e contratransferência.	Modelo de Atenção e Método Clínico Medicina

Fonte: A autora, 2019

As correlações entre modelos MCCP e ESF foram apresentadas, como cuidado centrado no paciente/pessoa, visando ações de cuidado singularizado, a ser construído conjuntamente por profissional e paciente, de acordo com as necessidades, equilíbrio entre subjetividade e objetividade e encontro entre mente e corpo.

Nas UBSs pesquisadas, as perspectivas de profissionais e pacientes, indicaram um misto de condutas e respostas, o que aponta para a presença do modelo biomédico e alguns elementos do modelo centrado na pessoa, identificando alguns dos componentes da MCCP. Outrossim, percebeu-se ações e condutas dos profissionais referenciados em sua formação básica, alguns referem ESF, mas em sua grande maioria, não tem um modelo e/ou método definido.

Na correlação modelos de atenção e MCCP, pode-se apreender que Políticas Públicas em Saúde potencializam os cuidados da população em geral, a partir de diretrizes como universalidade, integralidade e equidade, bem como os princípios de longitudinalidade, vínculo, coordenação de cuidado, ampliam a qualidade em saúde. Evidencia-se a importância de promoção de saúde, prevenção de doenças, a partir de educação em saúde, e qualificação dos profissionais a partir de educação permanente, de acordo com suas realidades de trabalho.

Retornamos as evidências de resultados positivos do uso do MCCP: Satisfação do profissional e do paciente, melhor adesão ao tratamento, qualidade do vínculo e respostas terapêuticas.

O MCCP torna possível uma atenção à saúde que possa ver a doença como “expressão de alguém, com uma natureza moral, uma vida interior e uma história de vida única: uma prática que possa curar por meio de uma terapia da palavra e de uma terapia do corpo” (STEWART et al, 2017, p.30).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo destacam-se achados do estudo, principalmente a partir do objetivo do trabalho, onde se buscou apreender sobre a estrutura da relação profissional de saúde e paciente na APS, tendo por base os componentes do MCCP, e aponta-se para achados importantes que apresentam convergências entre o atendimento na APS/ESF e o MCP e o MCCP.

Diante dos achados da pesquisa, em que identificou-se correlação entre conceitos e condutas APS e Cuidado Centrado na Pessoa, e compreendendo que o MCCP está presente em seus componentes, mas não de forma sistematizada, sugere-se um trabalho focado em educação permanente para discussão sobre o modelo e /ou método, relacionando as questões de atendimento e seus problemas, para efetivar um plano de qualificação, se for a contento dos profissionais e gestão.

O aspecto principal do estudo apontou para a importância do paciente estar no centro do cuidado, que sua perspectiva em relação ao seu adoecimento possa ser considerada na construção de sua autonomia e protagonismo, como agente ativo do próprio cuidado à sua saúde. Para tanto, evidencia-se a importância da educação em saúde, como fator de empoderamento para a qualidade do cuidado.

A participação do paciente na elaboração do plano de tratamento, é apontada como fator para a adesão ao tratamento e autocuidado, de forma que profissionais e pacientes possam juntos construir o projeto terapêutico, como apontou um participante, “os profissionais de saúde aprendem a falar, mas precisam aprender a ouvir os pacientes” (P 06, 2018). A proposta é aprender a ensinar, e trabalhar junto na tomada de decisão compartilhada, o que caracteriza a importância da educação permanente.

Outro aspecto fundamental é a relação profissional e paciente, que permeia todos os atendimentos na APS, no estudo evidenciou-se uma relação satisfatória, com vínculo, empatia e respeito.

No entanto, no que se refere ao fenômeno relacional de transferência e contratransferência, observou-se desconhecimento da potência da conscientização de tais elementos, Salinsky, (2008) apontou estudos sobre a importância dos profissionais de saúde poderem descarregar suas angústias, referirem-se aos problemas com pacientes, seus estresses e prevenção de burnout, da necessidade

de receberem apoio e de serem ouvidos, e principalmente serem cuidados para então poder cuidar, Grupos Balint cumprem esse papel, e produzem satisfação nos profissionais.

As demandas da APS perpassam por dramas da vida: adoecimentos, doenças graves, mortes, situações de violência, e os profissionais reagem emocionalmente, mesmo que inconscientemente, daí a importância de terem espaços de reflexão e apoio.

Os aspectos apontados configuram as bases do cuidado centrado na pessoa, envolver a perspectiva do paciente sobre seu adoecimento, sua participação na construção de plano conjunto de tratamento e por fim a potencialização da relação profissional paciente, com o manejo de aspectos inconscientes da relação.

Para a qualidade na atenção à saúde tem-se o MCCP, e seus componentes se constituem em metas compartilhadas de cuidado, podemos ressaltar que a APS e seu modelo de ESF é um espaço privilegiado para a qualidade e potencialização do cuidado.

Para finalizar recorre-se a Campos (2017) que reafirma a importância da EP para a relevância na qualificação dos profissionais em área, na discussão da prática, na aprendizagem por meio das vivências. EP qualifica os profissionais, melhora atenção aos pacientes, e produz saúde e qualidade de vida para ambos.

6 RECOMENDAÇÕES

As considerações finais abrem algumas possibilidades, então como forma de contribuir com a qualidade da APS de Curitiba, apresenta-se as seguintes recomendações:

Plano de Educação permanente para os profissionais, com foco MCCP e componentes, destacando plano de tratamento em conjunto com aportes teóricos de tomada de decisão compartilhada, potencializar a abordagem dos profissionais, e concomitantemente, cuidar dos profissionais a partir da utilização da técnica de Grupos Balint. No próprio local de trabalho, a partir de situações apresentadas pelos profissionais.

Tendo como segunda temática: Promoção e prevenção de saúde pautadas em educação em saúde, aprender a ensinar a população e o indivíduo a partir de seu universo, potencializar ações de educação em saúde.

Desenvolver trabalho com foco em humanização para profissionais técnicos, conforme apontado por participantes da pesquisa, tanto profissionais quanto pacientes, para acolhimento e qualificação de postura, principalmente.

Enfatiza-se que a pesquisa é referente a um Distrito Sanitário, podendo ser trabalhado neste DS, as questões apontadas.

Ampliar a pesquisa para outros Distritos Sanitários, em formato de instrumento específico, com base no MCCP, de forma simplificada, e evidenciar possibilidades de educação permanente específicas.

Tais recomendações tem como objetivo contribuir para a qualidade da atenção à saúde da população de Curitiba.

REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dec. 2016.

BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLOR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012.

BALLDISSERA, Vanessa; BUENO, Sonia Maria. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc Cuid Saude** 2014 Abr/Jun; 13(2):191-192.

BALINT, Michael. **O Médico seu paciente e a doença**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BALLESTER, Denise. et al. A Inclusão da Perspectiva do Paciente na Consulta Médica: um Desafio na Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 598- 606, 2010.

BRASIL, MS. Simplificando o cuidado centrado na pessoa, **PROQUALIS aprimorando práticas de saúde**, ICICT FIOCRUZ, 2016.

BRASIL, MS. GM, Portaria Nº 2.436, Política Nacional de Atenção Básica, 2017 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html acesso em 17/06/2019.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, 21, n. 4, 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como

referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner Silva; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e Formação Paideia apoio e cogestão em saúde**. Hucitec editora, São Paulo, 2013.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. 20ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, Sept. 1999.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane Vasconcelos. A Ética da Palavra na Relação Profissionais de Saúde-Pacientes. **Idéias**. Campinas, SP, n.6/nova série/ 1º semestre, 2013.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane Vasconcelos. A Relação Assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (1), p. 139-146, 2004.

FERREIRA, Debora Carvalho; et al. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38 (2): p.283-288, 2014.

FERTONANI, Hosanna Pattrig, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, n.20, 6:1869-1878, 2015.

FONTGALLAND, Rebeca; MOREIRA, Virgínia. Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. **Rev Memorandum**, a23, UFMG, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. SP: Paz e Terra, 2016.

GOMES, Annatália Meneses Amorim. et al. Cuidar e Ser Cuidado: Relação Terapêutica Interativa Profissional-Paciente na Humanização da Saúde. **Revista APS**, out/dez, 2011, n.14, 4. P. 435-446.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim et al. . Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012 .

KESSLER, Marciane et al. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, May 2018 .

LOPES, José Mauro Ceratti; RIBEIRO, Jorge Alberto Rosa. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.I.], v. 10, n. 34, p. 1-13, mar. 2015.

MACHADO, Fernando de Almeida et al. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.I.], v. 10, n. 37, p. 1-11, dez. 2015.

MELLO FILHO, Júlio. **Concepção Psicossomática: Visão Atual**. 7ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

MELLO FILHO, Júlio. **Psicossomática Hoje**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Feb. 2018.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66, p.158-64, 2013.

BRASIL, MS. OPAS. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília, 2011. <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-34532> acesso em 17/06/2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que é o SUS?** 5 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

PERESTRELLO, Danilo. **Medicina da Pessoa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro. v. 32, n. 1, p. 90-97. Mar. 2008.

SALINSKY, John. Como os Grupos Balint têm mudado ao longo de 57 anos: objetivos e perspectivas. **Rev. Port Clin Geral**, 2006 526-30, 2008.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, 3: p. 861-870, 2018.

SOUTO, B.G.A.; PEREIRA, S.M.S.F. J. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.38, n.3 p.176-81, set/dez 2011.

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

APENDICE 1**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO PACIENTE**

1) Sexo:

 Feminino Masculino Outro

2) Idade

 entre 18 e 25 anos entre 26 e 35 anos entre 36 e 45 anos
 entre 45 e 60 anos Acima de 60 anos

3) Escolaridade

 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós-Graduação

4) Estado Civil

 Solteiro Casado Divorciado Viúvo União estável Separado

5) Reside com?

 Pais Pai ou Mãe Irmãos Esposo (a) Filhos Outros

5) Religião

 Católica Evangélica Afro-brasileira Judaica Islâmica
 Oriental Espírita Sem religião Outra. Qual? _____

6) Trabalho

 Sim Qual? _____ Não Porquê? _____ Aposentadoria

7) Renda

 Sem renda 1 salário mínimo 2 a 4 salários mínimos 5 ou mais salários

8) Esteve doente no último ano?

 Sim. Qual doença? _____ Não

9) Há quanto tempo frequenta a Unidade de Saúde?

 1 ano 2 a 4 anos mais de 5 anos Outro _____

ENTREVISTA COM O PACIENTE

Sobre a sua percepção no Atendimento à sua Saúde e a Relação Profissional e Paciente, abordando componentes da Atenção Centrada na Pessoa. *Não tem certo ou errado, é a sua experiência com os profissionais na Unidade de Saúde. Agradecemos sua participação!*

Quadro 3 – Entrevista para Pacientes

Perguntas Norteadoras	Categorias Objetivo: Identificar presença dos componentes MCCP
Qual a primeira coisa que o profissional de saúde costuma abordar com você? De que forma? O profissional costuma te perguntar sobre sua saúde, doença, e o modo como você se sente ao adoecer?	Explorando a Saúde, Doença e o Adoecer
O profissional de saúde costuma abordar sobre seus diferentes contextos de vida? Quais? O profissional de saúde costuma abrir espaço para você narrar seus problemas?	Entendendo a Pessoa como um todo
Qual a conduta do profissional de saúde para compreender o motivo da sua consulta? O profissional de saúde costuma te envolver no plano de tratamento? Como?	Elaborando Plano Conjunto de Tratamento
Como o profissional de saúde se relaciona com você? Acolhe, Atenção, Informações e respeito?	Relação Profissional de Saúde e Paciente
Cite uma experiência marcante	Narrativas livres – temas
O que você acha da UBS (Postinho) e do atendimento ofertado? As relações com profissionais e equipe?	Identificar percepção dos Pacientes APS EPS
O que é saúde? O que é doença?	Identificar conceitos

Fonte: A autora, 2018

APENDICE 2**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PROFISSIONAL**

1) Sexo:

Feminino Masculino Outro

2) Idade

entre 18 e 25 anos entre 26 e 35 anos entre 36 e 45 anos
 entre 45 e 60 anos Acima de 60 anos

3) Formação

_____ Especializações _____

4) Há quanto tempo trabalha na Unidade de Saúde?

1 ano 2 a 4 anos mais de 5 anos Outro _____

5) Estado Civil

Solteiro Casado Divorciado Viúvo União estável Separado

6) Religião

Católica Evangélica Afro-brasileira Judaica Islâmica
Oriental Espírita Sem religião Outra. Qual? _____

7) Experiência pessoal com adoecer?

Sim. Qual doença? _____ Não

Familiar. Quem? _____

Fonte: A autora, 2018

ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

Sobre sua percepção no seu Atendimento à Saúde e Relação Profissional e Pessoa, abordando componentes da Atenção Centrada na Pessoa. *Não há certo ou errado, mas a sua experiência na Unidade de Saúde. Agradecemos sua participação!*

Quadro 04 – Entrevista Profissional de Saúde

Perguntas Norteadoras	Categoria - Objetivo: Identificar presença dos componentes M CCP
Qual a primeira coisa que você aborda com seu paciente? Como você aborda questões de saúde do seu paciente? Como aborda questões sobre doença do seu paciente? Você busca compreender a percepção do seu paciente sobre o modo de adoecer dele?	Explorando a Saúde, Doença e o Adoecer
Você costuma abordar os diferentes contextos de vida do seu paciente? Quais? Você abre espaço para seu paciente narrar seus problemas?	Entendendo a Pessoa como um todo
Qual sua conduta para compreender o motivo da consulta do seu paciente? Você costuma envolver seu paciente no plano de tratamento? Como?	Elaborando Plano Conjunto de Tratamento
O que você prioriza na relação com seu paciente? Como costuma fazer o acolhimento do seu paciente?	Relação Profissional de Saúde e Paciente
Transferência e Contratransferência: Percebe o fenômeno nas relações? Como costuma lidar?	Relação Profissional e Paciente
Você interage com a equipe multiprofissional com relação ao seu paciente?	Relação Profissional Paciente e Equipe
Qual modelo de atenção ao Paciente você utiliza?	Identificar modelo de atenção
Cite uma experiência marcante no Atendimento ao Paciente	Narrativa livre Temas?
Qual sua visão da APS? Qual a importância da Educação Permanente?	Identificar percepção dos PS APS e EPS

Fonte: A autora, 2018