

A Inclusão da Perspectiva do Paciente na Consulta Médica: um Desafio na Formação do Médico

Inclusion of the Patient's Perspective in Medical Consultations: a Challenge for Medical Education

Denise Ballester¹
Sandra M.C. Zuccolotto¹
Silmar de S. A. Gannam¹
Ana Maria U. Escobar¹

PALAVRAS-CHAVE

- Assistência Centrada no Paciente.
- Entrevista.
- Educação Médica.
- Relação Médico-Paciente.

KEYWORDS

- Patient Centered Care.
- Interview.
- Physician-Patient Relation.
- Medical Education.

Recebido em: 29/10/2009

Reencaminhado em: 17/03/2010

Aprovado em: 19/03/2010

RESUMO

A insuficiência do modelo biomédico para a resolução da maioria dos problemas de saúde da população vem sendo discutida. Diversos autores referem que a realização da consulta médica se associa a melhores resultados quando apoiada nos pressupostos do modelo centrado no paciente, dentre os quais se destaca a inclusão da perspectiva do paciente. Para que isso ocorra, é necessário conhecer as dimensões físicas, psicossociais e culturais que a compõem e incluí-las na realização de entrevistas médicas. Como a formação do médico na graduação ainda é apoiada no modelo biomédico, a mudança de paradigma para a realização de consultas médicas suscita mudanças curriculares significantes.

ABSTRACT

Growing discussion has focused on the failure of the biomedical model to solve most of the population's health problems. According to various authors, medical consultations lead to better outcomes when they are backed by the principles of the patient-centered model, including the patient's perspective. This requires knowing the physical, psychosocial, and cultural dimensions comprising the patient's perspective and including them in the patient interview. Since undergraduate medical training is still based on the biomedical model, the paradigm shift for medical consultations involves significant curriculum changes.

INTRODUÇÃO

Este texto pretende proporcionar ao leitor uma visão histórica da construção do modelo biomédico e do surgimento do modelo centrado no paciente. Destaca-se a contraposição entre os dois modelos particularmente quanto à inclusão das diferentes dimensões da perspectiva do paciente. Esta pode ser facilitada pela comunicação estabelecida entre o médico e o paciente na realização de consultas médicas. Algumas reflexões sobre a necessidade de mudanças na formação médica são apresentadas.

O ensaio foi elaborado utilizando-se as bases de dados Medline e Lilacs. O critério de busca incluiu as palavras-chave *patient centered care, consultation, physician-patient relationship, doctor-patient relationship, biomedical model, communication skills*. A escolha dos textos foi pautada na relevância dos artigos para a proposta estabelecida, ou seja, o entendimento do modelo centrado no paciente e a repercussão deste na realização da consulta médica.

DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO CENTRADO NO PACIENTE

O modelo biomédico ou mecanicista tem suas raízes históricas vinculadas ao Renascimento, no início do século 16, e a toda a revolução artístico-cultural ocorrida nessa época. Observa-se um deslocamento epistemológico da medicina, que, de arte de curar indivíduos doentes, passa a ser disciplina das doenças¹.

Desde então, ocorre o desenvolvimento de várias áreas do conhecimento humano, e alguns cientistas e filósofos marcam o crescimento técnico-científico e influenciam o pensar da medicina moderna.

O filósofo e matemático René Descartes (1596-1650) é reconhecido como o pai do racionalismo na filosofia moderna. Em seu *Discurso do método*, ele formula as regras que constituem os fundamentos de seu enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico ainda hoje.

Descartes sustenta que não se deve aceitar como verdade aquilo que não seja possível provar e defende a ideia da separação entre mente e corpo, entre sujeito e objeto, e a redução de fenômenos complexos a seus componentes mais simples².

A Isaac Newton (1643-1727) coube a criação de teorias matemáticas que confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a ser explorada. Assim como a mecânica newtoniana possibilitou explicar muitos fenômenos da vida cotidiana, a medicina mecanicista passou a fornecer, gradativamente, os instrumentos requeridos pelos médicos para lidar com uma parte crescente das doenças mais corriqueiras².

Na anatomia clínica do século 19, o aprendizado das doenças se fez não pela observação da vida, mesmo em corpos doentes, mas pela observação em corpos mortos³. Esse fato ressalta a possibilidade de aquisição do conhecimento médico dissociado do conhecimento a respeito do sujeito doente e contribuiu para a construção do conceito de saúde como ausência de doença e de cura como eliminação dos sintomas³.

Os estudos de Pasteur e Kock levaram a avanços na microbiologia que resultaram na associação entre algumas alterações anatômicas e agentes infecciosos específicos².

Tais descobertas e tantas outras requeriam um modelo explicativo que pudesse incorporar as inovadoras concepções sobre a estrutura e o funcionamento do corpo. Esse novo modelo introduz a gradativa reorientação dos princípios e práticas da medicina, nos quais o corpo é visto como uma máquina com engrenagens que é capaz de ser reparado, ficando evidente o negligenciamento da subjetividade do indivíduo doente⁴.

Ao longo do tempo, os modos de expressão do adoecimento e da doença foram se modificando. As formas de produção do conhecimento médico influenciaram a relação da prática médica com o doente e a doença. Ocorreu um afastamento do médico em relação ao doente e maior teorização dos discursos médicos¹.

O relatório de Flexner de 1910 é o marco histórico que consolida o modelo biomédico na medicina moderna. Ele enfatiza a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano e favorece esse processo por meio da organização do ensino médico em departamentos e disciplinas⁵.

O período pós-II Guerra Mundial é outro marco central da medicina moderna. A descoberta das sulfas em 1930 e das penicilinas em 1940 transforma a prática médica. A mudança não se refere apenas à prescrição de antibióticos, mas ao enfoque da formação médica, que passa a ser bioquímica, farmacológica e microbiológica. A medicina desenvolve-se buscando o entendimento de problemas de saúde que podem ser tratados com remédios, e a repercussão da subjetividade do paciente nesse tratamento é deixada de lado. Assim, o modelo biomédico vai se consolidando, e o interesse pela experiência do adoecimento é menosprezado⁵.

Esse modelo baseia o papel do médico exclusivamente na eliminação de doenças e lhe confere grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre ele e o paciente. O encontro que ocorre durante a consulta médica é centrado no médico ou na doença, e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante⁶⁻⁸.

Não se pode negar o papel fundamental da indústria mercantilista na consolidação do modelo biomédico. A partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da trans-

formação de tudo em mercadoria, está aberto o campo para a gestação do complexo médico-industrial e para a ampliação contínua da mercantilização da medicina. As boas condições de saúde passaram a ser consideradas possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas. A eficácia e a efetividade das tecnologias passam a se confundir com seu grau de sofisticação^{2,9,10}.

Paralelamente ao avanço do modelo biomédico associado à crescente tecnologia, surgem correntes de contraposição a esse modo de prática médica^{4,11-13}.

Nas últimas décadas, observa-se a necessidade de mudança na forma de atendimento à população nos serviços de saúde. Isto se deve a um conjunto de fatores, tais como insatisfação da clientela, modificações no perfil epidemiológico, reconhecimento de fatores de risco, surgimento de novas doenças e crescente desenvolvimento de tecnologias sofisticadas e de alto custo^{14,2}.

O surgimento de novas morbidades, como as doenças crônicas degenerativas, e de novas demandas, como drogadição, maus-tratos, abuso sexual, dificuldades escolares e conflitos familiares, traz para as consultas médicas queixas vagas ou expressas em sintomas orgânicos como dores abdominais, osteomusculares e cefaleia recorrente, que podem ser vistas como expressão do sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos^{14,15}.

Necessita-se encontrar novas formas de organização da prática médica que permitam atender a essa demanda. No espaço do ambulatório é possível atender à grande maioria dos problemas de saúde da população e com custos reduzidos.

O exposto evidencia que o momento da consulta se torna central no processo diagnóstico e terapêutico, e que a abordagem do paciente na perspectiva do modelo biomédico, que se apoia apenas no entendimento das doenças, é insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas nas consultas. É preciso adotar um modelo em que o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais, como costumes, crenças e religiões, seja fundamental na realização de uma consulta eficiente. E mais, não é suficiente apenas entender esses aspectos, é preciso incluí-los no processo diagnóstico e terapêutico, reconhecendo sua importância nos resultados da consulta^{4,7,14,16}.

DIFERENTES DIMENSÕES RELACIONADAS À PERSPECTIVA DO PACIENTE

Observa-se, desde a década de 1970, o surgimento de outros modelos de atenção médica que destacam as diferentes dimensões, físicas, psíquicas e sociais, que permeiam a entrevista médica. O modelo biopsicossocial⁴ e o método clínico

centrado no paciente¹³ são exemplos disso e enfatizam a importância da inclusão da perspectiva do paciente na realização da consulta.

Pendleton *et al.*⁷ referem que a consulta deve envolver duas perspectivas, a do médico e a do paciente. A primeira é representada pelo conhecimento do funcionamento do corpo e de como as doenças se manifestam e evoluem. A perspectiva do paciente é representada por sua experiência de adoecer; expectativas a respeito de como o problema será abordado; repercussões na rotina de vida e no contexto social do adoecer; e participação nas propostas terapêuticas.

Essa discussão não pretende negar a importância da perspectiva do médico na realização da consulta, mas ressaltar a necessidade de incluir a perspectiva do paciente. Para que isto ocorra, é necessário conhecer os aspectos que a compõem. Segundo Pendleton *et al.*⁷, estes aspectos se relacionam às dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente.

O médico que não explora essas questões durante a entrevista se arrisca a realizar uma consulta inefetiva, pois os pacientes chegam à consulta com representações sobre seu problema de saúde, sentimentos relacionados, expectativas em relação à sua abordagem e planos de ação para lidar com ele^{7,17-20}.

Quanto à dimensão física, é importante reconhecer que a presença de manifestação corporal não motiva necessariamente o indivíduo a buscar atendimento médico. Isto ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito, tornando-se um sintoma, e o indivíduo, um paciente¹⁸.

A dimensão psíquica se associa a todas as experiências de adoecer, as quais aparecem em todas as entrevistas médicas e influenciam o resultado final da consulta. Essa dimensão inclui as ideias e as crenças do indivíduo relacionadas ao conceito de saúde e doença, os medos e as preocupações associados ao adoecimento e o modo e a capacidade de cada indivíduo de elaborar mecanismos para o enfrentamento do problema^{7,17-20}.

A congruência entre a prescrição médica e a crença do paciente sobre o conceito de saúde é elemento central para o seguimento das orientações^{17,21}.

Kai²⁰ observou, em consultas pediátricas, relação entre o medo dos pais com o adoecimento dos filhos e suas explicações para a presença do problema de saúde. O autor refere que a falta de esclarecimento dos pais, em decorrência da troca de informações insuficiente com o médico a respeito do problema de saúde da criança, gerava insegurança quanto à capacidade deles em cuidar do filho adoecido.

Lenventhal e Cameron¹⁹ propõem um modelo teórico de organização da dimensão psíquica, denominado modelo au-

torregulador, para explicar o modo como um indivíduo enfrenta o problema de saúde.

Esse modelo propõe que um estímulo interno (sensação física, como, por exemplo, dor) e/ou externo (leitura de um artigo de jornal) provoca respostas cognitivas, emocionais e comportamentais. A resposta cognitiva é a forma como ideias e crenças sobre saúde/doença se organizam para o enfrentamento do estímulo. Concomitantemente, ocorre a resposta emocional constituída por medos e preocupações. Quando a resposta cognitiva e a emocional são compatíveis, o estímulo não se transformou num problema. Quando essas respostas são incompatíveis ou conflituosas, gera-se um problema, levando à procura do médico. Assim, pode-se inferir que, quando o indivíduo chega à consulta, existe uma preocupação em relação ao problema e uma elaboração prévia em relação à sua natureza e ao que deve ser feito para abordá-lo.

Por fim, as expectativas do paciente em relação à consulta também influenciam o resultado final. Elas se relacionam com a abordagem que será dada ao problema de saúde e com a possibilidade de ser agente ativo ou passivo do seu próprio cuidado^{18,22}.

Em relação à dimensão social, sabe-se que as condições econômicas e as crenças do paciente influenciam o tratamento clínico. O resultado da consulta se relaciona a dois importantes aspectos sociais, que são os valores e as normas aprendidos e sustentados pelos membros de um grupo social²³. A influência é notável e precisa ser entendida e considerada durante a realização de consultas médicas.

ABORDAGEM DA PERSPECTIVA DO PACIENTE E REPERCUSSÕES NA CONSULTA MÉDICA

Conhecidas as diferentes dimensões que compõem a perspectiva do paciente, é importante entender que o modo como o médico aborda essas dimensões repercute no resultado da consulta, o qual pode ser imediato, de médio e de longo prazo.

Resultados imediatos da consulta estão ligados à satisfação do paciente. Em vários estudos encontrou-se que essa satisfação se relacionou com comportamentos médicos como: informações oferecidas a respeito do problema de saúde e do tratamento; encorajamento para que o paciente exponha suas ideias e opiniões; demonstração de entendimento do processo de adoecimento; compartilhamento de decisões; afetuosidade e cortesia²⁴⁻²⁸.

A abordagem das preocupações do paciente influencia fortemente o resultado da consulta. Little *et al.*²⁹ estudaram 716 consultas que envolviam a queixa de dor de garganta. Os pacientes que melhoraram mais rapidamente tiveram suas preocupações mais bem abordadas pelos médicos.

O entendimento sobre as orientações dadas e a participação no planejamento terapêutico também se relacionam positivamente com os resultados imediatos da consulta⁷.

Já os resultados de médio prazo, ou seja, decorrentes do processo de decisões tomadas nas consultas, são fortemente associados ao conceito de aderência às propostas terapêuticas, que garante a continuidade das orientações dadas na consulta⁷.

Nota-se a utilização do termo “aderência” em contraposição a “obediência à prescrição médica” para descrever a concordância do paciente com as propostas terapêuticas, tanto medicamentosas quanto as relacionadas a mudanças de hábitos. A utilização do conceito de aderência pressupõe o reconhecimento da autonomia do paciente e do seu direito de participar das decisões a respeito do cuidado da sua saúde, de forma compartilhada com o médico⁷.

Vários autores se preocupam com a análise dos fatores que influenciam a aderência ao plano terapêutico^{30,31}. Haynes *et al.*³⁰ encontraram que a aderência às orientações médicas prescritivas e não compartilhadas é muito pequena, independentemente da gravidade do problema de saúde. Quando a orientação se refere a mudanças no estilo de vida, a porcentagem de aderência é ainda menor³¹.

O desconhecimento a respeito do funcionamento das doenças e de como elas evoluem e são tratadas não parece ser responsável pela falta de seguimento da orientação terapêutica. Explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si só, não garantem a aderência^{17,32}.

Lassen³³ descreveu cinco aspectos que se associaram ao aumento da aderência: exploração das ideias e expectativas do paciente; explicações a respeito das orientações; explicações acerca dos motivos para as orientações; verificação do ponto de vista do paciente; exploração dos obstáculos para a aderência.

Dentre os aspectos relacionados à aderência às propostas terapêuticas, o compartilhamento das orientações e decisões tem sido bastante enfatizado.

Pendleton *et al.*⁷ referem que a aderência ao tratamento acordado aumenta quando o médico compartilha com os pacientes assuntos relacionados ao plano terapêutico. A valorização da autonomia do paciente e o envolvimento dele na consulta, desde o processo diagnóstico até as decisões a respeito do manejo do problema de saúde, afetam o resultado da consulta^{22,27,34,35}.

O resultado da consulta a médio prazo também se relaciona com a qualidade das orientações fornecidas, ou seja, com o compartilhamento entre médico e paciente dessas orientações⁷. Explicações e recomendações feitas de forma generalizada e não personificadas tendem a ser menos efetivas. As

orientações personificadas são formuladas com base no conhecimento da história individual e única de cada paciente³⁴.

O compartilhamento das decisões também foi associado positivamente aos resultados da consulta a longo prazo, ou seja, à melhora da saúde global do paciente³⁶⁻³⁸.

Stewart³⁹ revisou 21 estudos sobre comunicação médico-paciente e notou que a qualidade desta durante a anamnese e a discussão do plano terapêutico influenciaram positivamente a saúde dos pacientes em 16 trabalhos.

O exposto acima sugere que diversos pesquisadores implicam o compartilhamento de decisões nos resultados da consulta^{36-38,14}. No entanto, em estudo recente, os autores discutem as dificuldades em analisar adequadamente essa implicação, em decorrência da variação das definições de compartilhamento encontradas na literatura⁴¹.

Moumjid et al.⁴⁰ notaram que muitos autores não definem o termo “compartilhamento” em seus estudos, e, quando isso ocorre, comumente a análise dos resultados não é consistente com a definição adotada.

Alguns autores definem compartilhamento como a troca de informações entre médico e paciente, a negociação e a concordância mútua em cada passo do processo de decisão diagnóstica e terapêutica⁴¹⁻⁴³. Coulter⁴³ ressalta a importância do compartilhamento da responsabilidade pela decisão terapêutica, além de enfatizar a necessidade de o médico legitimar a preferência do paciente.

Autores utilizam a expressão “decisões informadas” como sinônimo de compartilhamento, causando confusão na comparação de resultados⁴⁵. Tal expressão pressupõe transferência de informação ao paciente, sendo que, neste caso, a decisão pode se tornar responsabilidade apenas dele e não compartilhada com o médico⁴⁴.

Weston⁴⁵ descreve semelhanças entre a comunicação centrada no paciente e o compartilhamento de decisões, particularmente em relação ao componente denominado “entendimento conjunto” do problema. No entanto, Wensing et al.⁴⁶ discordam dessa associação e referem que “entendimento conjunto” é um processo que busca elucidar a natureza do problema e que antecede e permite o compartilhamento de decisões.

Nesse contexto, fica evidente a necessidade de definições claras em relação ao compartilhamento de decisões nas consultas médicas, tanto para permitir análise adequada de resultados de pesquisas, como para facilitar sua aplicação na prática clínica.

Pelo exposto, nota-se uma relação positiva significativa entre a inclusão das várias dimensões referentes à perspectiva do paciente e o resultado da consulta. Essa relação positiva justifica as propostas de atendimento médico apoiado no modelo centrado no paciente.

MODELO CENTRADO NO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE DIVERSOS GRUPOS DE PESQUISADORES

Vários grupos de pesquisadores discutem formas de organização e sistematização dos conteúdos referentes ao modelo centrado no paciente, para que ele possa ser ensinado, aprendido e aplicado na prática médica^{7,27,28,47}.

O grupo da Stewart (Ontário) iniciou seu trabalho enfatizando a importância de abordar na consulta três aspectos: a agenda do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a agenda do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas agendas¹³.

Esse grupo publicou o livro *Patient centered medicine — transforming the clinical method*¹⁴, propondo um novo método clínico para realização da consulta médica, que tem como princípios:

- exploração e interpretação, pelo médico, da doença e da experiência de adoecimento do paciente, sendo que esta contempla o sentimento de estar doente, a ideia a respeito do que está errado, o impacto do problema na vida diária e as expectativas sobre o que deveria ser feito;
- entendimento da pessoa em sua totalidade;
- busca do entendimento conjunto entre médico e paciente a respeito da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento;
- incorporação de medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde;
- intensificação da relação médico-paciente;
- viabilidade em relação a custo e tempo.

O grupo do Pendleton (Oxford) publicou seu primeiro livro sobre consulta médica em 1984 e, em 2006, uma edição atualizada, *The new consultation — developing doctor-patient communication*, na qual descreve tarefas a cumprir na realização da consulta⁷:

- entender as razões do paciente para a consulta;
- conversar na perspectiva do paciente para atingir um entendimento conjunto do problema;
- capacitar o paciente para escolher uma ação apropriada para cada problema de saúde;
- capacitar o paciente para manejar o problema;
- considerar outros problemas;
- usar o tempo apropriadamente;
- estabelecer e manter a relação médico-paciente para atingir as outras tarefas.

Pesquisadores de Cambridge e Calgary propõem o *Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*^{47,48}, no qual sugerem uma estrutura de consulta baseada em etapas a cumprir:

- iniciando a sessão;
- obtendo informações;
- construindo a relação;
- explicando e planejando;
- finalizando a sessão.

Como mencionado, um dos objetivos do modelo centrado no paciente é a inclusão da perspectiva do paciente no modo de conduzir a consulta, com a finalidade de atingir resultados mais satisfatórios.

MODELO CENTRADO NO PACIENTE E HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

Para a inclusão da perspectiva do paciente na condução da consulta médica, é importante o modo como se estabelece a relação entre o médico e o paciente. Para isto, o processo de comunicação mantido entre eles pode facilitar o resultado desejado⁶⁷. Esse processo deve ser entendido como aquele necessário à obtenção de dados objetivos da doença, além dos subjetivos, como o impacto do adoecimento na rotina das famílias e do próprio paciente, assim como medos e preocupações que envolvem a queixa clínica^{7,39}.

Para o estabelecimento de uma comunicação que alcance os objetivos do modelo centrado no paciente, os autores sugerem aplicar algumas habilidades de comunicação durante a consulta médica. Entre elas, destacam-se a disponibilidade inicial para escutar atentamente a narrativa do paciente sem interrupção precoce, em relação aos aspectos tanto biomédicos das doenças, quanto subjetivos, como medos e preocupações associados ao problema de saúde. Na linguagem verbal, recomenda-se utilizar perguntas abertas para iniciar a anamnese, seguidas por perguntas fechadas para o entendimento da história, assim como se sugere atenção à paralinguagem presente durante a conversa estabelecida. A paralinguagem está relacionada a como a palavra é dita, isto é, tom de voz, volume, ritmo, pausa, e pode demonstrar sentimentos e medos, o que confere importância à condução da consulta médica⁴⁹.

Outras habilidades de comunicação discutidas pelos diversos autores são o resumir e o parafrasear regularmente os conteúdos referidos para aprimorar o entendimento da história, além do contato visual e de comportamento não verbal — como postura corporal e gestos — que facilite o relato dos problemas de saúde^{6,47,50}.

A escuta atenta é a habilidade de comunicação fundamental, por meio da qual é possível compreender individualmente as diferentes dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente⁴⁷.

O termo escuta atenta se refere à busca do entendimento amplo da agenda do paciente por meio do relato das histórias

referentes às queixas clínicas pela perspectiva do indivíduo, nas quais aparecem sentimentos e emoções associados⁴⁷. Nesse processo de escuta atenta pode surgir o que Barsky¹⁸ denominou agenda oculta, que incluiria questões importantes, mas difíceis de serem expostas pelo paciente por motivos de ansiedade ou medo.

A expressão “agenda do paciente” é bastante enfatizada por Pendleton *et al.*⁷, que referem que a ideia desse termo surge inicialmente no trabalho de Byrne e Long⁵¹. O conceito de agenda do paciente incorpora queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associados^{7,13}. Ela influencia o resultado da consulta e deve orientar o curso da entrevista. Identificar e entender os motivos para o paciente procurar o médico é a primeira tarefa de toda consulta⁷.

No *Calgary-Cambridge Guide Communication Process Skills*, os autores utilizam o termo “agenda do paciente” para descrever os problemas trazidos por ele e ressaltam que o primeiro problema relatado não é necessariamente o mais preocupante^{47,48}. O médico deve buscar a identificação dos problemas de saúde prioritários em cada consulta. Segundo esses autores, a abordagem da agenda do paciente deve ser negociada entre o médico e o paciente antes do início da exploração dos problemas. A identificação precoce da agenda do paciente influencia o resultado final da consulta^{47,48}.

NECESSIDADE DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA

A capacitação no modelo biomédico para a obtenção de histórias a respeito de doenças continua sendo mais enfatizada nos currículos médicos, quando comparada à capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação. Nota-se que na comunicação estabelecida entre o médico e o paciente predominam perguntas fechadas e orientações prescritivas, em detrimento da confrontação, reflexão e compartilhamento de decisões⁵². A discussão da abordagem e da inclusão da perspectiva do paciente durante a consulta é, muitas vezes, negligenciada nos cursos de graduação médica⁵³.

Durante a formação médica, o aluno modifica seu comportamento e sua atitude na condução das consultas. Nos primeiros anos da faculdade, o graduando aborda a perspectiva do paciente durante a realização de entrevistas médicas, mas essa forma de conduzir a consulta se altera negativamente nos últimos anos da graduação⁵³⁻⁵⁵. A capacitação para a identificação de doenças, a análise de exames laboratoriais e a programação terapêutica de doenças afasta o aluno do doente e de sua subjetividade. Ele constroi sua atuação com base no paradigma biomédico, no qual a doença é colocada no centro da consulta^{53,54}.

Portanto, parece importante a introdução precoce na graduação de programas para a discussão dos conceitos de atendimento centrado no paciente e das habilidades de comunicação.

Nessa perspectiva, nota-se nos últimos anos uma crescente discussão da necessidade de mudanças curriculares que incluam programas específicos de capacitação dos graduandos para realizar consultas baseadas em pressupostos do atendimento centrado no paciente^{49,51,54-58}.

Parte dessa discussão curricular envolve a efetividade da capacitação. Existem estudos que mostram resultados favoráveis à capacitação intensiva durante determinado período de tempo^{47,48,59}. No entanto, os cursos longitudinais, inseridos no currículo da graduação, apresentam resultados superiores em relação à incorporação e à qualidade das habilidades adquiridas^{60,61}.

Além disso, Boudreau *et al.*⁵⁴ enfatizam a importância de uma pedagogia médica na qual o conceito de síntese e não de integração entre ciência médica e conhecimento do paciente seja discutido profundamente. A ideia de integração se refere não só a dois tipos diferentes de conhecimento, mas a dois objetos de ensino trabalhados paralelamente. O primeiro, prevalente no século 20, é focalizado no conhecimento da doença e sua fisiopatologia. O segundo engloba os problemas relacionados com as experiências do paciente em decorrência do problema de saúde. Essa dualidade, que tem seu entendimento apoiado na evolução histórica do conhecimento médico, é reconhecida como contraproducente. O aluno experimenta o estudo paralelo desses dois aspectos, o que promove a falsa ideia de duas perspectivas que devem ser trabalhadas separadamente. Assim, esses autores ressaltam que, para formar médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do modelo centrado no paciente, é essencial construir com os alunos o conceito de indivíduo doente, numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação.

CONSIDERAÇÕES

É evidente a preocupação atual com a qualidade do atendimento médico, principalmente no que se refere à satisfação da clientela e à resolução dos problemas de saúde mais frequentes na população. O modelo biomédico é insuficiente para atender ao adoecimento em sua totalidade, especialmente quando se refere ao sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos. A inclusão da perspectiva do paciente, um dos pressupostos da medicina centrada no paciente, passa a ser fundamental na realização da consulta.

Existem outros modos de melhorar a qualidade do atendimento médico descritos na literatura. Destaca-se a medi-

na baseada em evidência, que pode ser descrita como o uso consciente e criterioso da melhor evidência científica atual na tomada de decisões, por meio da padronização das condutas médicas⁶². Discute-se que o modelo centrado no paciente e a medicina baseada em evidência não são antagonísticos ou excludentes, mas complementares. Entretanto, mais estudos são necessários para elucidar essa questão.

Nesse contexto, nota-se a necessidade de mudança paradigmática no atendimento médico e, por consequência, na formação desse profissional. A discussão de mudanças curriculares no ensino médico ocorre em diferentes partes do mundo, e, no Brasil, as Novas Diretrizes Curriculares marcam esse fato.

Transformações na educação médica nessas dimensões suscitam alterações no pensar da prática médica e no próprio *ser médico*, conceitos históricos construídos desde o Renascimento.

O atendimento médico do indivíduo de forma integral, apoiado no modelo centrado no paciente, torna-se um desafio, pois pressupõe a implantação de estratégias de ensino efetivas, que requerem integração e inter-relação de todos os departamentos e disciplinas, em uma realidade na qual se encontram escolas médicas que, muitas, vezes, têm a estrutura engessada pela organização flexneriana.

Espera-se, uma vez que essa integração aconteça, que o estudante de Medicina possa desenvolver e incorporar os pressupostos do atendimento centrado no paciente e as habilidades de comunicação de forma longitudinal e progressiva em todos os momentos da sua formação. E que, assim, possa construir, segundo Boudreau⁴⁹, a ideia de indissociabilidade do indivíduo desde o início da graduação. Entretanto, a realidade impõe uma mudança gradual e de longo prazo, o que não é ideal, mas talvez a única forma possível.

REFERÊNCIAS

1. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2001;8(1):48-70.
2. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc*. 2002; 11(1): 67-84.
3. Luz MT. Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1998.
4. Engel GL. The clinical Application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5): 535-44.
5. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório de Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):492-9.
6. Roter DL, Hall JA. *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: improving Communication in Medical Visit*. 2th ed. London: Praeger; 2006.

7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The New Consultation: developing doctor-patient communication*. New York: Oxford University Press; 2006.
8. Sandman L, Munthe C. Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Anal*. 2010; 18:60-84.
9. Navarro V. *La industrialización del fetichismo o el fetichismo de la industrialización: propósito de nemesi médica*. Barcelona: Anagrama; 1975.
10. Giovanni G. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Polis; 1980.
11. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. How illness presents: A study of patient behavior. *J Fam Pract*. 1975;2(6):411-4
12. Stewart MA, Buck C. Physicians' knowledge of and response to patients' problems. *Med Care*. 1977;15(7):578-85
13. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3(1):24-30.
14. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: transforming the Clinical Method*. [S.l.]: Sage Publications; 1995.
15. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina Centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):90-7.
16. Taylor K. Paternalism, participation and partnership: the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns*. 2009;74:150-5
17. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;(2): 409-19
18. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visits doctors. *Ann Intern Med*. 1981;94:492-8
19. Leventhal H and Cameron L. Behavioural theories and the problem of compliance. *Patient Educ. Couns*. 1987; 10:117-38
20. Kai J. Wath worries parents when their preschool children are acutely ill and why: a qualitative study. *BMJ*. 1996;313(7063):983-6
21. Becker MH and Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975;13(1):10-24
22. McKinsty B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*. 2000;321(7265):867-71
23. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006
24. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988;26(7):657-75
25. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract*. 1995;12(2):193-201
26. Kinnersly P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam. Pract*. 1996;13(1):41-51.
27. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen. Pract*. 1999;49(443):477-82
28. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*. 1999;319(7212):753-6.
29. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001;323(7318):908-11.
30. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996;348(9024): 383-6.
31. Butler C and Evans M. The heartsink patient revisited. The Welsh Philosophy and General Practice discussion Group. *Br J Gen. Pract*. 1999;49(440):230-3.
32. Maiman LA, Becker MH, Liptak GS, Nazarin LF, Rounds KA. Improving pediatricians' compliance-enhancing practices: A randomized trial. *Am J Dis Child*. 1988;142:773-9.
33. Lassen LC. Connections Between the Quality of Consultation and Patient Compliance in General Practice. *Fam Pract*. 1991;8(2):154-60.
34. Smith D, Garko M, Bennett K, Irwin H, Schofield T. Patient preferences for delegation and participation: Cross-national support for mutuality. *Aus J Commun*. 1994;21(2):86-108.
35. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med*. 1989;4(6):506-11.
36. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physicians actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract*. 1986;23(1):43-7.
37. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. 1990; 301(6752):575-580.
38. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.

39. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
40. Mousjid N, Gafni A, Brémond A, Odile Carrère M. Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing? *Med Decis Making*. 2007;27:539-46.
41. Charles G, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean (or it takes at least two tango). *Soc Sci Med*. 1997;44:681-92
42. Charles G, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49:651-61
43. Coulter A. Partnerships with patients: The pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Services Res Policy*. 1997;2:112-21
44. Braddock CH 3rd, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Lesinson W. Informed decision-making in outpatient practice: time to get back to basic. *JAMA*. 1999;282(24):2313-20
45. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient centered care. *CMJA*. 2001;165:438-9.
46. Wensing M, Elwyn G, Edwards A, Vingerhoets E, Grol R. Deconstruction patient centred communication and uncovering shared decision-making: an observational study. *BMC Med Inform Decis Making*. 2002;2:2
47. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 2a ed. [S.l.]: Radcliffe Publishing; 2008.
48. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2a ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006
49. Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. Preparing medical students to become attentive listeners. *Med Teach*. 2009;31:22-9
50. Van der Molen H, Lang G. *Habilidades de Escuta na Consulta Médica*. In: Leite AJM, Caprara A, Coelho Filho JM. *Habilidades de Comunicação com pacientes e famílias*. 2ª ed. São Paulo: Savier; 2007.
51. Byrne P, Long B. *Doctor talking to patient*. London: HMSO; 1976
52. Irwin WG, Bamber JH. An evaluation of Medical Student behavior in communication. *Med Educ*. 1984;18:90-5
53. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Wilms J. The rise and fall of students' skills in obtaining a medical history. *Med Educ*. 1998;32:283-8
54. Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. A healing curriculum. *Med Educ*. 2007;41:1193-202
55. Wahlqvist M, Mattsson B, Dahlgren G, Hartwig-Ericsson M, Henriques B, Hamark B, et al. Instrumental Strategy: A stage in students' consultation skills training? *Scand J Primary Health Care*. 2005;23:164-70
56. Grosseman S, Patrício ZM. A Relação Médico - paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da Educação Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2004;28(2):99-105.
57. Fucks A, Boudreau JD, Cassel E. Teaching clinical thinking to first-year medical students. *Med Teach*. 2009;31:105-11.
58. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001 [online]. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. [acesso em 2 set. 2009]. Disponível no site: www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf.
59. Cooper V, Hassel A. Teaching consultation skills in higher specialist training: experience of a workshop for specialist registrars in rheumatology. *Rheumatol*. 2002;41:1168-78
60. Dalen JV, Kerkhofs E, Van Knippenberg-Van Denberg BW, Van Den Hout HA, Scherpbier AAJA, Van Der Vleuten CPM. Longitudinal and Concentrated Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2002;7: 29-40
61. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns*. 2005;58:265-70
62. Hasnain-Wynia R. Is Evidence-Based Medicine Patient-Centered and Is Patient Centered Care Evidence-Based? [Editorial]. *Health Services Research*. 2006;41(1):1-8.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram igualmente de todo o processo de desenvolvimento desse trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Denise Ballester
Rua Luis Ferreira, 150
Tatuapé — São Paulo
CEP. 03072020 SP