Juliana de Carvalho Moura

**Interações e comunicação entre médicos e pacientes na
atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção de
Título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres.

São Paulo

2012

Juliana de Carvalho Moura

**Interações e comunicação entre médicos e pacientes na
atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção de
Título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres.

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Moura, Juliana de Carvalho

Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde : um estudo hermenêutico / Juliana de Carvalho Moura. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Cuidado 3.Relação médico-paciente
4.Comunicação

USP/FM/DBD-080/12

**À Katia, aos meus pais Chico e Ira e ao
meu avô Jocely Pires de Carvalho (*in
memorian*).**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres por todos os encontros, pelas preciosas contribuições e direcionamentos que possibilitaram a realização deste trabalho.

À Katia de Carvalho Lazarini, meu amor, por estar ao meu lado em todos os momentos críticos, por todo o cuidado, por ter me levado para passear, por me fazer rir das pequenas coisas da vida e por me ensinar cotidianamente a arte e a delícia de ser o que é. Sol-Girassol.

Ao meu pai, Francisco das Chagas Moura Neto, por ser sempre o meu farol, por acreditar que nada é impossível, por trazer a lucidez no meio das tempestades e pelas demonstrações de afeto contidas nos pequenos-grandes gestos cotidianos.

A minha mãe, Maria Iraly de Carvalho Moura, que sempre me apoiou para que eu seguisse meus sonhos, por ter me ensinado desde cedo a importância do vínculo, do respeito e do cuidado com pacientes. 3 H's sempre!

Ao Dr. César Augusto Inoue, amigo amado, pela parceria intelectual e afetiva de todos esses anos, por todos os estudos e práticas narrativas (tá gravado!) e por todas as palavras de apoio nos momentos de cansaço e desânimo.

A Livia Monteiro Elias por todas as conexões, agenciamentos, por toda sensibilidade e cuidado desde a residência, por todas as potências que ainda estão por vir. Beijos no André e no Zé.

À Dra. Danielle Bivanco de Lima, “pink e cérebro”, pelos constantes processos de produção de idéias, pelas risadas, cafés e milk shakes e por colocar no meu coração a sementinha da ONU.

À Dra. Ana Maria Cortez Vannucchi, por todas as batalhas diárias em busca da “Integralidade 2012” e por todos os papos e gargalhadas depois da 17 horas. Mamíííííis!!

À Aura Cunha, vulgo “Amigo”, por todas as dicas organizacionais do redondo pro quadro e vice-versa, por toda a preocupação e carinho de sempre, especialmente na reta final deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Epaminondas Cordeiro de Mendonça Neto, tio, amigo e mestre, por ter me recebido e assim que cheguei “na cidade grande”, por ter me ensinado a acreditar e a confiar em mim mesma e ter me estimulado a fazer Medicina Preventiva.

À Prof^a. Dra. Angela Machado de Lima, amiga querida, por ter me ajudado a descobrir a paixão pela pesquisa acadêmica. “No Ceará não tem disso não!”

A todos os profissionais do Centro de Saúde Escola “Dr. Alexandre Vranjac” pelo inestimável apoio durante todos esses anos, especialmente Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Jr., Prof^a Dra. Carla Gianna Luppi, Luzia Martinelli Mariano de Almeida e Sonia Regina de Almeida.

À todas as profissionais da Biblioteca Central da Faculdade de Medicina da USP (sem vocês este trabalho não seria possível!) e à Lílian Santos de Godói Prado, por todo o apoio durante o mestrado e por sempre orientar o que eu deveria fazer quando eu estava absolutamente perdida.

SUMÁRIO

1. Aspectos da comunicação-interação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde.....	12
1.1 Pressupostos dos Cuidados Primários à saúde.....	12
1.2 A Desconexão entre tecnociência e prática: Influências da racionalidade biomédica no diálogo entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde.....	17
1.2.1 O encontro entre médicos e pacientes pautado pela racionalidade biomédica: limites do uso da anamnese tradicional como fio condutor do diálogo entre os sujeitos e o processo de “afunilamento da narrativa”	19
1.2.2 As formas de comunicação-interação no encontro entre médicos e pacientes na contemporaneidade: a influência da racionalidade biomédica.....	27
1.3 A importância da construção dos planos de cuidado à saúde de forma compartilhada entre médicos e pacientes na atenção primária: a articulação dos saberes técnico-científicos aos práticos no e pelo diálogo entre os sujeitos.....	33
1.4 A Noção de Cuidado e as Práticas Médicas na Atenção Primária à Saúde.....	35
2. Objetivos.....	38
3. Metodologia.....	39
3.1 Referencial Teórico-Metodológico: o encontro entre sujeitos na perspectiva da filosofia gadameriana: a compreensão como um processo de estabelecimento de acordos.....	39
3.2 Aspectos tecno-metodológicos: A escolha das tradições discursivas problematizadoras da interação e comunicação entre médicos e pacientes na década de 90.....	51
4 . A seleção de textos empíricos: resultados decorrentes das fases de Inspeção/classificação, exame/seleção e perquisição/demarcação.....	66
5. Aspectos da comunicação-interação entre médicos e pacientes segundo a perspectiva das tradições discursivas da década de 90.....	69
5.1 Medicina Centrada no Paciente.....	69
5.2 Medicina Baseada em Narrativa.....	121
5.3 Abordagem integral (Comprehensive care).....	141
5.4 Integralidade como “boa prática médica”.....	151
6. Considerações Finais - A “fusão de horizontes” com as tradições discursivas que problematizaram a comunicação-interação entre médicos e pacientes na década de 90: possíveis convergências e divergências entre a Medicina Centrada no Paciente, a Medicina Baseada em Narrativa, a abordagem integral e a integralidade “como boa prática médica”	168
Referências Bibliográficas.....	180

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A biomedicina e a desconexão entre a tecnociência e os saberes práticos.....	18
Figura 2	O afunilamento da narrativa no encontro entre médicos e pacientes pautados pela racionalidade biomédica.....	23
Figura 3	Articulação dos saberes a partir do diálogo entre médicos e pacientes.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Comparação entre a anamnese médica tradicional e a entrevista médica baseada nos pressupostos conceituais dos Cuidados Primários à Saúde descritos na Declaração de Alma-Ata (1978).....	26
Quadro 2	Palavras-chaves de pesquisa dos textos segundo as tradições discursivas.....	58
Quadro 3	Referências bibliográficas utilizadas para a construção das categorias analíticas.....	60
Quadro 4	Categorias analíticas.....	61
Quadro 5	Matriz de fusão de horizontes entre leitor e texto.....	65
Quadro 6	Resultado do processo de seleção de textos nas fases de classificação/inspeção e exame/seleção.....	67
Quadro 7	Seis componentes da abordagem centrada no paciente. Adaptado de PURVES (1996), tradução nossa.....	98
Quadro 8	Método clínico centrado no paciente: os seis componentes interativos.....	102
Quadro 9	Comparação entre os pressupostos teóricos da Medicina Centrada no Pacientes versus Medicina Baseada em Narrativa.....	170
Quadro 10	Comparação entre os pressupostos teóricos da abordagem integral (comprehensive care) e a integralidade “como boa prática médica”.....	171

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BPS	Biopsicossocial
CPS	Cuidados Primários à saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E/S	Exame/Seleção
EUA	Estados Unidos
I/C	Inspeção/Classificação
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MBN	Medicina Baseada em Narrativa
MCP	Medicina Centrada no Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher
P/D	Perquisição/demarcação
RSAC	Revisão Sistemática de Artigos Científicos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Moura, JC. **Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico**. 2012. Dissertação de Mestrado –Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2012.

A atenção primária à saúde constitui hoje área prioritária nas políticas de saúde em diversas partes do mundo, constituindo, no Brasil, elemento estratégico para a organização dos sistemas de atenção. A complexidade e especificidade das demandas e características do cuidado em saúde na atenção primária exige, contudo, renovados esforços conceituais e práticos no sentido da construção de processos comunicacionais e interativos entre médicos e pacientes que caminhem para além da anamnese tradicional, pautada por uma racionalidade estritamente biomédica **Objetivo:** identificar e compreender fundamentos e contribuições de quatro influentes correntes teóricas que, a partir da década de 90, vêm problematizando as interações e a comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: Medicina Centrada no Paciente, Medicina Baseada em Narrativa, Abordagem Integral (*Comprehensive Care*) e Integralidade da Atenção à Saúde. **Metodologia:** Levantamento e estudo interpretativo, apoiado na filosofia hermenêutica de Hans-Georg Gadamer e Paul Ricoeur, de produção bibliográfica indexada nas bases MEDLINE e LILACS de 1990 a 1999. **Resultados:** A Medicina Centrada no Paciente orienta-se, fundamentalmente, para a identificação de domínios específicos que devem ser integrados à anamnese médica tradicional para ampliar seu escopo prático, utiliza metodologia de pesquisa quantitativa como modo predominante de fundamentação de suas proposições e propõe inúmeras metodologias ativas de ensino-aprendizado. A Medicina Baseada em Narrativa detém-se no “como” construir narrativas ao longo do diálogo entre médicos e pacientes, utiliza a metodologia qualitativa como principal recurso de pesquisa e fundamentação de suas proposições e desenvolve diversas estratégias de ensino-aprendizado com utilização de textos literários e narrativos. A Abordagem Integral (*Comprehensive Care*) utiliza como referencial teórico o modelo biopsicossocial de abordagem do processo saúde-doença e busca desenvolver propostas de assistência integral à saúde de grupos populacionais prioritários do ponto de vista médico-sanitário. A integralidade privilegia a transformação da organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde como primeira instância para a qualificação dos processos comunicacionais entre médicos e pacientes. Não foram identificados nas tradições da Abordagem Integral (*Comprehensive Care*) e da Integralidade a discussão de estratégias de ensino-aprendizado de abordagens comunicacionais, o que é bastante enfatizado nas outras duas. **Conclusão:** As quatro tradições estudadas apresentam inovações e pressupostos teórico-práticos que se complementam. Mostra-se imprescindível estabelecer uma “fusão de horizontes” entre tais proposições de forma a qualificar os diálogos e processos de comunicação-interação estabelecidos entre médicos e pacientes no nível da atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Moura, JC. **Interactions and communication between doctors and patients in primary health care: a hermeneutic study**. 2012. Mastering Dissertation, University of São Paulo (USP), School of Medicine, Department of Preventive Medicine, São Paulo, 2012.

The primary health care is currently a priority area in health policies in different parts of the world, being a strategic element to the care systems organization in Brazil. Nevertheless, the complexity and the specificity of demands and characteristics of healthcare in primary health care require conceptual and practical renewed efforts with respect to the construction of interactive and communicational processes between doctors and patients that go beyond the traditional anamnesis, regulated by a rationality strictly biomedics. **Objective:** identify and understand fundamentals and contributions of four theoretical perspectives of relevance which have been problematizing, since the 90s, the interactions and the communication between doctors and patients in primary health care: Patient-Centered Medicine, Narrative Based Medicine, Comprehensive Care and Integrality in Healthcare. **Methodology:** Survey and interpretive study based on Hans-Georg Gadamer's and Paul Ricoeur's philosophical hermeneutics of indexed bibliography in MEDLINE and LILACS from 1990 to 1999. **Results:** Patient-Centered Medicine is fundamentally guided towards the identification of specific domains that must be integrated with traditional medical anamnesis in order to broaden its practical scope. It uses quantitative research methodology as a predominant way of laying the foundations of its propositions, recommending various active teaching-learning methodologies. The Narrative Based Medicine withholds on "how" to construct narratives throughout the dialogue between doctors and patients. It applies a qualitative methodology as the major resource of research and of fundamenting its propositions, besides developing various teaching-learning strategies using literary and narrative texts. The Comprehensive Care uses the biopsychosocial model of addressing the health-disease process as a theoretical approach and aims at developing proposals for Integrality in Healthcare for population groups who have priority in terms of medical health care. Comprehensiveness privileges the transformation of services organization and of work processes in health as the first instance to the quality of communication processes between doctors and patients. In the traditions of Comprehensive Care and of Integrality in Healthcare, the discussion of teaching-learning strategies of communication approaches, which is quite emphasized in the other two approaches, was not identified. **Conclusion:** The four theoretical perspectives studied present innovations and theoretical-practical propositions that complement themselves. It is imperative to establish a "fusion of horizons" between such propositions for qualifying the dialogue and the communication-interaction processes established between doctors and patients at the primary health care level.

Apresentação

O presente texto consiste na dissertação de mestrado elaborada por Juliana de Carvalho Moura sob orientação do Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres para a realização do curso de Pós-Graduação na Área de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O meu interesse pela temática da comunicação e interação entre médicos e pacientes, iniciou-se na graduação, realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas-RS (UFPel), ao ter o privilégio de participar como monitora ao longo de três anos, da disciplina de Psicologia Médica III, ligada ao Departamento de Saúde Mental. Esta disciplina tinha como objetivo discutir, sob supervisão dos Profs. Fábio Alencar Braga e Sandra Renata Gehling Bertoldi, mediante a vivência de situações práticas, as dificuldades de relação entre médicos e pacientes encontradas pelos alunos durante o estudo de propedêutica médica.

Ao longo da residência médica, realizada no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2004 a 2005), o interesse pelo tema ficou mais evidente na medida em que foi ocorrendo a valiosa e apaixonante imersão na área de Saúde Coletiva. As fecundas discussões, leituras e práticas assistenciais junto aos professores do Departamento de Medicina Preventiva FMUSP e do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa foram de fundamental importância, uma vez que instigaram e impulsionaram a realização do presente trabalho.

Após o término da residência médica, deu-se o início de minha inserção profissional no Centro de Saúde Escola “Dr. Alexandre Vranjac” da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde trabalho atualmente como médica sanitaria - Coordenadora Técnica das Equipes de Saúde da Família - e atuo como médica preceptora da Residência de Clínica Médica na área de Saúde do Adulto. Estes preciosos espaços de práticas assistenciais e da gestão do cuidado propiciaram-me a oportunidade de experienciar em ato, nos encontros e desencontros dos sujeitos, as questões relacionadas à comunicação e interação entre médicos e pacientes latentes desde o início de minha formação acadêmica.

Diante da necessidade de aprofundar e na tentativa de esclarecer estas questões, em fevereiro de 2010 deu-se meu ingresso no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Desde então, iniciou-se o processo de imersão em quatro áreas de produção acadêmica que de algum modo privilegiam esta temática – Medicina Centrada no Paciente (*Patient Centered Medicine*); Medicina Baseada em Narrativa (*Narrative Based Medicine*); abordagem integral (*comprehensive care*); integralidade - compondo um estudo alicerçado na filosofia hermenêutica de Hans-Georg Gadamer e Paul Ricoeur a fim de compreender o discurso textual produzido na década de 90 acerca dos processos comunicacionais e interativos estabelecidos no encontro entre médicos e pacientes nas práticas de cuidado no nível da atenção primária à saúde.

1. Aspectos da comunicação-interação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde

1.1 Pressupostos dos Cuidados Primários à saúde

O profícuo debate efetivado na Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde (CPS), realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na cidade de Alma-Ata, URSS, em setembro de 1978, obteve como resultado a elaboração de um documento histórico - a Declaração de Alma-Ata – reconhecido *a posteriori* como um dos documentos norteadores do desenvolvimento e implantação dos CPS nos países em desenvolvimento e em todo o mundo.

A declaração da Alma-Ata (1978), em seu primeiro inciso redefine e amplia o conceito de saúde – compreendido como um completo bem-estar físico, mental e social - considerado oficialmente, desde então, como um direito humano fundamental, uma meta social mundial cuja responsabilidade de implantação depende de ações intersetoriais articuladas.

"A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde, que é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental e que a realização de mais alto nível de saúde possível é a mais importante meta social em todo o mundo cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.¹" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:2)

Além disso, considera os cuidados primários à saúde como uma estratégia imprescindível, para que a ambiciosa meta - Saúde para Todos no Ano 2000 - estabelecida pela OMS na Trigesima Assembléia Mundial de Saúde (1977), na resolução WHA30.43, fosse alcançada a contento

¹ "The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector."

conforme o quinto inciso da Declaração de Alma-Ata.(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008:304)

"Os governos têm a responsabilidade pela saúde de seu povo, que só pode ser cumprida mediante a prestação de saúde e medidas sociais adequadas. Uma das principais metas sociais dos governos, organizações internacionais e de toda a comunidade mundial nas próximas décadas deverá ser a obtenção para todos os povos do mundo até o ano 2000 de um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. O cuidado primário de saúde é a chave para atingir esta meta como parte do desenvolvimento no espírito de justiça social.²" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:3)

A fim de viabilizar a execução de tamanho desafio, foram estipulados seis grandes objetivos para a Conferência de Alma-Ata (1978), dentre eles a imprescindível tarefa de definir os *princípios norteadores das práticas de cuidados primários à saúde, bem como identificar os meios operacionais de superação dos problemas práticos para o seu desenvolvimento*. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:11).

A resolução do desafio concretiza-se na clássica definição dos princípios dos CPS, presente no Relatório Geral da Conferência, bem como na Declaração de Alma-Ata (1978), inciso VI:

"A Conferência considerou que o cuidado primário à saúde é um cuidado essencial com base em práticas, métodos cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias na comunidade através da plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento no espírito de auto-confiança e auto-determinação. Ela faz parte integrante tanto do sistema de saúde do país, da qual é a função central e o foco principal, e do desenvolvimento social e económico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e

² "Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice."

constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde.³" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:16)

Basicamente, o conceito de CPS, definido pela OMS, ressalta a importância da utilização de tecnologias cientificamente comprovadas e aceitáveis pela população, a custos viáveis para o país, com enfoque no desenvolvimento social e econômico da população, constituindo o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, com a missão de propiciar atenção continuada à saúde próximo às famílias e comunidades.

Diante disso, a identificação e resposta às necessidades de saúde, compreendidas neste estudo como necessidades⁴ "sócio-historicamente construídas" (MENDES-GONÇALVES, 1992:25), específicas de indivíduos, famílias e comunidades passam a constituir um campo de ações identificadas como essenciais à prática de atenção primária.

Segundo SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (2000:29) as necessidades de saúde referem-se a algum tipo de um carecimento:

"algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente.(...) O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como necessidade." (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000:29)

A operacionalização, deste campo de ação inerente aos CPS, estaria mediada por ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de cura e reabilitação através do reconhecimento dos problemas de saúde da

³ "The Conference considered primary health care to be essential care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through full participation and at cost that community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family, and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process."

⁴ "As necessidades aparecem como aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser." (MENDES-GONÇALVES, 1992:25)

comunidade, com especial atenção dos grupos identificados como vulneráveis, a fim de responder às necessidades da população.

"(As) formas de resolver problemas de saúde variam de um país e de uma comunidade para outra de acordo com diferentes estágios de desenvolvimento, mas deve prestar cuidados de promoção preventivos, curativos, de reabilitação e de emergência adequados para satisfazer as principais problemas de saúde na comunidade, com especial atenção a grupos vulneráveis, e ser sensível às necessidades e capacidades das pessoas.⁵" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:18)

Além disso, ressalta-se que a formação de equipes de saúde multiprofissionais, devidamente treinadas e capacitadas para responder às necessidades de saúde dos indivíduos e populações, constitui uma das estratégias imprescindíveis à prática de cuidados primários à saúde, a fim de não restringir tais práticas ao cuidado estritamente médico.

"(O cuidado primário à saúde) depende, em níveis locais e de encaminhamento, de trabalhadores de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme aplicável, bem como de praticantes tradicionais, conforme necessário, convenientemente treinados social e tecnicamente para trabalhar como equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.⁶" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:5)

Ao final do Relatório Geral da Conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde estabelece recomendações, destinadas aos governantes de todos os países do mundo em especial destinadas a países em fase de desenvolvimento social e econômico.

No que se refere à atuação dos profissionais de saúde, a OMS reconhece a importância do desenvolvimento de atitudes e capacidades

⁵ "It considered that ways of solving health problems vary from country and community to another according to different stages of development, but should provide promotive, preventive, curative, rehabilitative, and emergency care appropriate to meet the main health problems in the community, with special attention to vulnerable groups, and be responsive to the needs and capacities of the people."

⁶ "(The primary health care) relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community."

específicas, junto a todos os profissionais de saúde, para a atuação prática na atenção primária. Para tanto, recomenda que os governantes priorizem *a definição destas habilidades técnicas e atitudes junto a cada categoria profissional, a fim de garantir a eficácia dos cuidados primários prestados à população*. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:26)

O treinamento dos profissionais de saúde poderia abranger tanto o desenvolvimento de habilidades, a fim de capacitá-los à execução de múltiplas atividades, quanto à aprendizagem de aspectos específicos do cuidado à saúde. Desta feita, os cuidados primários à saúde seriam providos pela equipe de saúde como um todo, cabendo a cada profissional a execução de tarefas específicas, mas complementares entre si.

Ressalta-se, ainda, que a formação destes profissionais deve contemplar o ensino-aprendizado de atividades que permitam a compreensão e a elaboração de respostas às necessidades expressas pelos indivíduos e comunidades. Gradativamente, este treinamento poderia ser ampliado *de acordo com as tarefas necessárias com o objetivo de preparar adequadamente estes profissionais para o desempenho de tais atividades*. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978:32)

Portanto, a Declaração de Alma-Ata, definitivamente expõe aspectos fundamentais às práticas de cuidados primários à saúde. Dentre estas características, destacam-se principalmente: a ampliação do conceito de saúde compreendido como o completo bem-estar físico, mental e social em contraposição ao conceito de saúde como a ausência de doenças; a busca pela ampliação do escopo das ações de saúde - destinadas à prevenção de agravos, promoção de saúde, cura e reabilitação; assim como a importância crucial do investimento na formação de profissionais integrantes das equipes multiprofissionais de saúde. A Declaração de Alma-Ata (1978), que sumariza os pressupostos referentes aos Cuidados Primários à Saúde, configura-se como um dos principais marcos históricos dos anos 70, que iria influenciar de forma contundente a organização dos sistemas de saúde, assim como as práticas médicas das décadas seguintes, principalmente em virtude de seus

pressupostos essencialmente contra-hegemônicos à contundente racionalidade biomédica vigente até então.

1.2 A Desconexão entre tecnociência e prática: Influências da racionalidade biomédica no diálogo entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde

Segundo CAMARGO JR. (2003), a racionalidade médica ocidental contemporânea – ou Biomedicina – estaria apoiada, sobretudo em três características principais da racionalidade científica: a) o caráter generalizante: que se dirige à “produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral”; b) o caráter mecanicista: no qual “o Universo passa a ser visto como uma gigantesca máquina subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos”; c) o caráter analítico: cuja “abordagem teórica e experimental adotada para elucidação das ‘leis gerais’ de funcionamento da ‘máquina universal’ pressupõe o isolamento das partes.” (CAMARGO JR, 2003:107)

A Biomedicina, substancialmente embasada nos pressupostos da racionalidade científica, presume que “os pensamentos, opiniões, percepções e atributos corporais do indivíduo dão acesso a nada mais que aparências mutáveis e incertas; (...) são nada mais que distrações, desviando a atenção da busca pelo conhecimento puro.” (LAW, 2007:59)

Diante disso, as práticas biomédicas apresentam-se como práticas essencialmente fragmentadas, reducionistas e centradas no diagnóstico e cura de doenças. O objetivo central destas práticas, encontra-se associado, sobretudo à busca pelo *êxito técnico* que “diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina.” (AYRES, 2007:54)

O *êxito técnico* (AYRES,2007), “refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um ‘como fazer’. Não faz parte de suas aptidões definir os ‘quê fazer’”(AYRES, 2001:69) diante de determinadas situações clínicas.

Tomando como referência a filosofia aristotélica, SVENAEUS (2003) descreve três dimensões de saberes - a) o conhecimento científico (*Episteme*); b) os saberes técnicos (*Technè*); c) saberes práticos (*Práxis*) – que se devidamente articulados entre si possibilitariam que o encontro entre médicos e pacientes resultasse em um cuidado à saúde dos pacientes de acordo as necessidades de saúde de cada indivíduo.

Entretanto, a busca pelo êxito técnico, um dos objetivos centrais das práticas biomédicas, epistemologicamente acaba por impulsionar uma certa polarização de saberes com tendência a uma certa desconexão entre as tecnociências e a sabedoria prática na qual o conhecimento científico (*Episteme*) e as habilidades técnicas (*Technè*) tendem a sobrepujar a sabedoria prática (*Práxis*) (SVENAEUS, 2003: 408) de ambos os sujeitos. A Figura 1 busca ilustrar esta desconexão

Figura 1. A biomedicina e a desconexão entre a tecnociência e os saberes práticos.

Diante dessa desconexão de saberes, o *sucesso prático* das ações de saúde – que “diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações (AYRES, 2007:54) – assume um papel de menor relevância nas práticas biomédicas, em relação aos saberes técnico-científicos e a busca pelo *êxito técnico*.

Diante disso, os processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes, também partícipes da realização da racionalidade biomédica,

via-se restringidos pela dicotomia entre tecnociência e prática, uma vez que o objetivo do diálogo no encontro clínico tradicional acaba reduzindo-se à busca por sintomas de doenças a fim de estabelecer hipóteses diagnósticas de patologias e, correlatos tratamentos, mas não uma compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos, conforme o preconizado na Declaração de Alma-Ata (1978).

Diante disso, a utilização exclusiva da anamnese médica tradicional - uma das principais ferramentas de diagnose (de patologias) utilizadas pela biomedicina – como principal fio condutor do diálogo entre médicos e pacientes apresentará alguns limites relevantes, especialmente em relação à prática médica na atenção primária, conforme discutiremos a seguir.

1.2.1 O encontro entre médicos e pacientes pautado pela racionalidade biomédica: limites do uso da anamnese tradicional como fio condutor do diálogo entre os sujeitos e o processo de “afunilamento da narrativa”

Outro aspecto a ser discutido refere-se aos limites atribuídos ao uso exclusivo da anamnese como instrumento “condutor” da entrevista médica, uma vez que de acordo com os meios e técnicas de entrevista utilizados, diferentes tipos de comunicação-interação entre médicos e pacientes poderiam ser delineados.

Dentre os limites da utilização da anamnese tradicional como fio condutor do diálogo entre médicos e pacientes, especialmente na atenção primária, destacam-se questões relacionadas fundamentalmente: a) ao objetivo da anamnese tradicional; b) ao conteúdo deste instrumento; c) aos tipos de perguntas utilizadas para a coleta de dados; d) a participação do médico na condução da entrevista em relação à participação do paciente;

Basicamente, a anamnese tradicional objetiva, através da coleta de dados clínicos, a formulação de diagnósticos de patologias, mas não necessariamente propicia a compreensão das necessidades de saúde dos pacientes que atravessam a experiência da doença, seu significado vivido.

O conteúdo da anamnese tradicional é composto, em sua maioria, por esferas relacionadas aos determinantes biológicos, expressos por inúmeros sintomas atribuídos às síndromes e patologias. Na busca pelo diagnóstico, estes sintomas de doenças são questionados ao longo de toda a entrevista, obedecendo à mesma lógica nas quais os aparelhos e sistemas do organismo (corpo biológico) estão organizados tradicionalmente. Este conteúdo, por sua vez, dificilmente contempla as esferas relacionadas às singularidades dos sujeitos frente ao processo de saúde-doença bem como o entendimento a respeito dos determinantes sociais (familiares, culturais e de trabalho) intimamente imbricados ao processo de adoecimento.

No que concerne às características das perguntas utilizadas, identifica-se basicamente dois tipos de perguntas utilizados no decorrer do encontro entre médicos e pacientes: perguntas fechadas (*closed-ended questions*) e abertas (*open-ended questions*). (ROTTER & HALL, 2006:117)

As perguntas *fechadas* propiciam respostas dicotômicas – sim ou não - ou seja, tendem a não propiciar a construção de narrativas, tendem a direcionar as respostas de acordo com o que o médico considera mais relevante para fins de diagnóstico. As perguntas abertas, por sua vez, propiciam a elaboração de narrativas com descrições mais detalhadas a respeito de algum tema, e/ou de outras questões consideradas importantes para os pacientes e, ainda não compreendidas de forma clara pelos médicos.

Por conseguinte, de acordo com a descrição acerca do objetivo e do conteúdo da anamnese médica tradicional, pode-se inferir que as perguntas geralmente utilizadas na aplicação desta ferramenta tendem a ser predominantemente do tipo fechadas, pois a busca pela presença ou ausência de sintomas patológicos pelos médicos exigem respostas “precisas” para a condução do raciocínio clínico.

Entretanto, para a identificação das necessidades dos pacientes, bem como para a compreensão dos determinantes “não biológicos” do processo saúde-doença, a utilização perguntas *abertas* pode viabilizar de forma mais

efetiva a produção de narrativas mais detalhadas acerca destes domínios absolutamente relevantes para a prática médica na atenção primária.

Por fim, a utilização da anamnese como instrumento diagnóstico, requer um treinamento médico específico e intensivo. Diante disso, a condução desta etapa da entrevista encontra-se basicamente centrada no médico, que assume o papel de *questionador especializado*, extremamente familiarizado com esta técnica de coleta de dados.

Segundo ROTHER & HALL (2006:121), “metade do discurso dos pacientes encontra-se voltado para o fornecimento das informações, em resposta aos questionamentos médicos”. Este dado, se somado ao objetivo, ao conteúdo, aos tipos de perguntas da anamnese tradicional e ao papel *questionador* classicamente atribuído ao médico, sugere, por conseguinte, que o papel do paciente esteja restrito ao de mero *informante de dados clínicos*.

Em relação aos papéis de médicos e pacientes ao longo do processo de entrevista médica na atenção primária, espera-se, por outro lado, uma superação do binômio *questionador (médico)-informante (paciente)* em prol da assunção dos papéis de facilitador e co-autor por ambos sujeitos. O papel de facilitador refere-se ao desenvolvimento e utilização de recursos comunicacionais e de interação que facilitem a fruição e a compreensão das narrativas de forma dialógica no ato do encontro clínico, o que de certa forma coloca os interlocutores em uma situação de co-autoria em relação aos projetos de cuidado, uma vez que estes não foram apenas elaborados por um dos sujeitos, mas por ambos.

A busca por sintomas e/ou patologias específicas, a fim de elaborar propostas terapêuticas voltadas para a resolução (cura) do(s) processo(s) patológico(s), é absolutamente imprescindível à prática médica, uma vez que o diagnóstico dos processos patológicos configura-se historicamente como um dos objetivos máximos do exercício da medicina.

Entretanto, a prática médica, muito especialmente na atenção primária, requer a compreensão de outras dimensões relacionadas aos sujeitos que se encontram em processo de adoecimento, requer a

compreensão de suas necessidades de saúde para além do recorte biomédico. Para tanto, médicos e pacientes precisam estabelecer um outro tipo de diálogo na atenção primária, uma forma de comunicação-interação que não esteja apenas à procura de diagnósticos de patologias, mas, aqui ainda mais que nos outros níveis de atenção, que esteja interessada nas origens, significados e implicações das experiências de saúde, doença e cuidado, para que possa haver uma efetiva promoção da saúde e adequadas respostas aos processos de adoecimento.

O diálogo entre médicos e pacientes, pautados pela racionalidade biomédica configuram uma forma de comunicação-interação que denominaremos no presente trabalho de “afunilamento da narrativa”.

Nesta forma de comunicação-interação do encontro entre médicos e pacientes (o afunilamento da narrativa): 1) o paciente chega à consulta médica e, a partir da elaboração de um discurso já culturalmente permeado pela biomedicina, relata as necessidades de saúde que os motivaram a procurar auxílio. Estas necessidades de saúde são selecionadas pelos pacientes antes do início da consulta ou durante a conversa com o médico. Cabe ressaltar a existência de uma possível dificuldade de expressão pelos pacientes a respeito das necessidades de saúde não relacionadas a sintomas de doenças, ou seja, de narrativas cujo conteúdo não esteja diretamente relacionado ao domínio médico tradicional. Frente à autoridade conferida aos saberes e tecnologias médicas a expressão destes conteúdos pode ser considerada pelos pacientes como inapropriadas ou pouco importantes para o desfecho da consulta, fato que também pode contribuir para o movimento de “afunilamento” prévio, realizado pelos pacientes, acerca do que será narrado (ou não) no momento do encontro terapêutico; 2) A partir do momento em que o paciente inicia o seu discurso, o médico também dá início ao processo de escuta (biomédica) da narrativa – esta escuta apresenta um caráter extremamente seletivo, ou seja, com enfoque nos sintomas de doenças; 3) o médico, por sua vez, a fim de esclarecer questões relacionadas aos sintomas de doenças, formula perguntas (geralmente fechadas e específicas) a partir da utilização do roteiro de

anamnese tradicional; 4) inicia-se o processo de raciocínio hipotético-dedutivo para elaboração de hipóteses diagnósticas de síndromes e/ou patologias; 5) no entanto, ao utilizar a escuta (biomédica) seletiva e exclusivamente a anamnese tradicional como “fio condutor” do diálogo junto ao paciente, o médico exclui diversos trechos do discurso do paciente até que sejam selecionados apenas os discursos relacionados ao sintomas de doenças; 6) finalmente o médico elabora hipóteses diagnósticas centradas em possíveis alterações morfofisiológicas e/ou funcionais. A Figura 2 ilustra o processo de Afunilamento da Narrativa.

Figura 2. O afunilamento da narrativa no encontro entre médicos e pacientes pautados pela racionalidade biomédica.

Ao discutir a influência da racionalidade biomédica nas práticas de saúde na atenção primária, a insuficiência da anamnese médica tradicional (centrada na doença) para o reconhecimento das singularidades das experiências de saúde-doença-cuidado e, sobretudo a importância da articulação dos saberes técnico-científicos aos saberes práticos como uma necessidade para a efetividade do cuidado à saúde - para além de horizonte estritamente biomédico - evidenciou-se que os diálogos entre médicos e pacientes assumem um caráter de suma importância, uma vez que é no e

pelo diálogo que a articulação de saberes e as práticas de cuidado, como verdadeiros “espaços de encontro intersubjetivo” (AYRES, 2003:86), tornam-se possíveis.

Segundo o conceito de comunicação desenvolvido por Pierre Lévy (LÉVY; TEIXEIRA, 1999):

“(...) comunicar não é de modo algum transmitir uma mensagem ou receber uma mensagem. Isso é a condição física da comunicação, mas não é a comunicação. É certo que, para comunicar, é preciso enviar mensagens, mas enviar mensagens não é comunicar. Comunicar é partilhar um sentido (...) já que isso quer dizer partilhar um contexto comum, partilhar uma cultura, partilhar uma história, partilhar uma experiência. Pode-se dizer que comunicar é tentar ter alguma coisa em comum. Portanto, é, necessariamente, um verdadeiro encontro, a comunicação. Não é só transmitir uma mensagem. É alguma coisa que se constrói. Que se constrói no tempo.” (LÉVY; TEIXEIRA, 1999:147)

A partir desta conceituação, Pierre Lévy ressignifica o caráter classicamente atribuído à comunicação como a emissão e recepção de mensagens e desloca o sentido do ato comunicacional entendido, segundo a perspectiva do autor, como um processo de partilha (de algo comum) que acontece no encontro entre sujeitos (interação). Portanto, a comunicação, de acordo com Lévy, acontece mediante ao estabelecimento de algum tipo de interação (encontro) entre os sujeitos. Da mesma forma que as interações entre os sujeitos se estabelecem a partir de alguma forma de comunicação (partilha).

Assume-se neste sentido, que as formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes, estabelecidas a partir do diálogo (conversação) entre os sujeitos requerem o exercício da arte da dialética, a “arte de conduzir uma verdadeira conversação.” (GADAMER, 2005:479) que “(...) se concretiza na forma de perguntas e respostas (...) Perguntar quer dizer colocar no aberto. A abertura daquilo sobre o que se pergunta consiste no fato de não possuir uma resposta fixa.” (GADAMER, 2005:474)

A fim de buscar compreender as formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes, diversos autores elaboraram distintos modelos comunicacionais. Considerando alguns dos principais modelos de

comunicação-interação descritos na literatura tais como o modelo de atividade-passividade, orientação-cooperação, participação mútua (HOLLENDER & SZASZ, 1956), os modelos paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo (EMANUEL e EMANUEL, 1992) e as relações paternalistas, consumistas, falha (de interação) e de mutualidade (ROTTER & HALL, 2006), quais destes modelos de comunicação-interação poderiam vir a potencializar os diálogos entre médicos e pacientes voltados à construção de espaços de intersubjetividade e ações de cuidado no nível da atenção primária à saúde (APS)? Que formas de comunicação e interação entre médicos e pacientes logram articular os saberes práticos aos saberes científicos e técnicos?

Difícilmente a escolha de apenas um modelo de comunicação-interação, traria resposta a estas questões. A depender de cada situação e das necessidades de cada paciente, diferentes recursos comunicacionais seriam necessários, uma vez que seria impossível estabelecer um “modelo de comunicação padrão-ouro” para a atenção primária à saúde. Portanto, não se trata de encontrar um modelo específico de comunicação-interação entre médicos e pacientes, mas formas de diálogo que permitam a efetivação de práticas de cuidado à saúde na atenção primária, de acordo com as especificidades de cada sujeito, a cada encontro.

O “afunilamento da narrativa”, uma forma específica de comunicação-interação entre médicos e pacientes pautado pela racionalidade biomédica, pode viabilizar cuidados primários tal como propostos na Declaração de Alma-Ata (1978)?

Ao compararmos a entrevista médica tradicional e a entrevista médica de atenção primária, de acordo com os pressupostos conceituais dos CPS descritos na Declaração de Alma-Ata (1978), verificam-se importantes diferenças, que poderiam explicar parcialmente o porquê seria imprescindível estabelecer outras formas específicas de comunicação-interação, outros tipos de diálogos entre médicos e pacientes no nível da atenção primária à saúde. As principais diferenças entre a abordagem

médica tradicional e a abordagem proposta para a atenção primária encontram-se descritas abaixo no Quadro 1.

	Entrevista médica tradicional	Entrevista médica de atenção primária
Objetivos	Coleta de dados para o diagnóstico de doenças	Compreensão das necessidades de saúde dos pacientes (não restritos à prevenção/tratamento de doenças)
Conteúdo	Determinantes biológicos das patologias	Determinantes biológicos associados aos determinantes sociais, culturais, familiares e de trabalho do processo saúde-doença. Percepções singulares a respeito das experiências de adoecimento
Tipo de perguntas	Fechadas	Fechadas e abertas
Papel do médico	Investigador	Investigador-informante
Papel do paciente	Informante	Informante-investigador

Quadro 1. Comparação entre a anamnese médica tradicional e a entrevista médica baseada nos pressupostos conceituais dos Cuidados Primários à Saúde descritos na Declaração de Alma-Ata (1978).

Em que medida seria possível que médicos e pacientes, a fim de alcançar os objetivos da entrevista médica da APS, assumissem os papéis de facilitadores e co-autores da produção de narrativas ampliando a história médica clássica uma vez que *metade de todas as consultas com médicos da atenção primária são realizadas em função de problemas que não se enquadram no modelo biomédico convencional?* (LEOPOLD; COOPER; CLANCY et al., 1996)

Para tanto, seria fundamental a busca de um movimento de superação das formas “afunilativas” de comunicação-interação no encontro entre médicos e pacientes.

Neste momento, a fim de minimamente dimensionar este desafio, buscaremos compreender possíveis influências da racionalidade biomédica nas formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes na prática médica da contemporaneidade.

1.2.2 As formas de comunicação-interação no encontro entre médicos e pacientes na contemporaneidade: a influência da racionalidade biomédica

Segundo o estudo realizado por STEWART, MCWHINNEY e BUCK (1979), cujo objetivo era de avaliar o impacto da relação entre médicos e pacientes nos resultados terapêuticos, a pesquisadora avaliou o conhecimento médico acerca de problemas sociais. Apenas 56% dos cinco médicos entrevistados tinham conhecimento a respeito de problemas de relação conjugal de seus pacientes, de problemas de relacionamento dos seus pacientes com os seus chefes (33,3%), de problemas financeiros (34,5%) e do falecimento de amigos ou parentes próximos (29,3%). Aproximadamente 54% das queixas e, 45% das preocupações expressas pelos pacientes durante as consultas não foram levados em consideração pelos médicos. (STEWART; MCWHINNEY; BUCK, 1979)

Em relação à linguagem utilizada pelos médicos, identificaram-se problemas geralmente relacionados à falta de clareza, a excessiva utilização de jargões e ao restrito compartilhamento de significados de expressões entre médicos e pacientes. (SIMPSON, 1980)

O estudo realizado por STARFIELD et.al (1981) aponta a necessidade de realização de estudos que busquem identificar as possíveis *falhas de reconhecimento* de problemas descritos por pacientes em consultas médicas. O reconhecimento destes problemas estaria associado a um melhor entendimento por parte dos pacientes, maior confiança e melhores resultados terapêuticos. (STARFIELD et.al., 1981)

Neste estudo médicos e pacientes concordaram sobre a natureza do problema principal em apenas 49,1% das consultas. Cerca de 50% dos problemas de saúde (n=275) que necessitariam de seguimento clínico foram citados tanto por médicos quanto por pacientes (STARFIELD et.al., 1981:2). Dos problemas mencionados por médicos e pacientes, 49,4% obtiveram uma resolução de moderada a alta no seguimento, sendo evidenciado

apenas 26,7% de resolatividade quando comparados aos problemas listados apenas pelos médicos. (STARFIELD et.al.,1981:3)

Na pesquisa de BECKMAN e FRANKEL (1984) foram gravados em áudio e analisados 74 encontros entre médicos e pacientes. Em apenas 23% destes encontros os pacientes tiveram a oportunidade de completar suas falas, em 69% os médicos interromperam os pacientes e direcionaram as questões para assuntos específicos. Os pacientes são interrompidos pelos médicos após 18 segundos do início da descrição dos problemas dificultando a compreensão de outras preocupações relevantes. (BECKMAN; FRANKEL, 1984)

Outro estudo mostra que em uma pequena proporção das consultas observadas foram identificadas orientações de cunho educacional (WAITZKIN, 1984).

No estudo de FREELING, et al. 1985) em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordaram sobre a natureza da maioria dos problemas apresentados. Já LEV (1988) destaca que a grande maioria dos pacientes não compreende ou se recorda do conteúdo das orientações médicas a respeito do diagnóstico e dos planos terapêuticos.

Segundo FADEN et al.(1988) a percepção dos pacientes relacionadas à insatisfação e ansiedade deve-se à falta de informação, explicação e emissão de opinião por parte dos médicos.

Em 50% dos casos estudados por SCHULBERG, et al. (1988), o diagnóstico de problemas psiquiátricos e psico-sociais não foram reconhecidos e diagnosticados por médicos em consultas realizadas na atenção primária.

RICHARDS (1990) aponta que a maioria das reclamações a respeito de médicos encontra-se relacionada a problemas de comunicação junto aos pacientes e, não devido a questões de competência clínica. Em SHAPIRO et al.(1989) lê-se que a maioria das alegações relacionadas à má prática médica originam-se de erros de comunicação.

Uma revisão bibliográfica realizada por CAPRARA (1999) resume cronologicamente as principais abordagens da relação médico-paciente sob

a perspectiva de autores das áreas de psicologia e psiquiatria (década de 60), da sociologia da saúde (décadas de 60 e 70) e da antropologia (décadas de 80 e 90). Ao término da revisão, o autor evidencia uma grande produção teórica no Brasil relacionada ao tema, mas aponta para uma ainda incipiente produção no que se refere a “análises sistematizadas de grande extensão”. (CAPRARA, 1999:649)

Neste texto, o autor introduz a questão da comunicação como uma das possibilidades de estabelecimento de novas formas de cuidado, mediante a qualificação do diálogo entre os sujeitos, e identifica a necessidade de superação dos modelos de comunicação paternalista e informativo, em direção ao modelo de comunicação bidirecional.

Segundo CAPRARA (1999), o modelo comunicacional exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento como forma de superação das barreiras de comunicação, decorrentes do desprezo às “dimensões humanas, psicológicas, vivenciais e culturais da doença.” CAPRARA (1999:651)

Segundo o autor a abordagem hermenêutica surge, então, como uma nova possibilidade de estabelecer outras formas de relação entre médicos e pacientes, na medida em que procura estabelecer um processo contínuo de compreensão da linguagem partilhada e construída no encontro entre os sujeitos.

Dentre os desafios para formação de profissionais de saúde, apontados por RUIZ-MORAL (2007), o desenvolvimento de habilidades que viabilizem uma relação médico-paciente de qualidade consiste em um dos grandes desafios da prática médica na atualidade. O autor, neste artigo, propõe que a relação médico-paciente, ou “relação clínica”, seja entendida como um procedimento pertencente ao domínio da técnica, apontando para a necessidade do desenvolvimento de teorias que possam embasar ações práticas no âmbito da prática médica. Afirma ainda que a “relação clínica não nos proporciona este conhecimento, sendo que exige uma teoria que a sustente”. (RUIZ-MORAL, 2007:620)

O debate proposto por SUCUPIRA (2007), ao analisar o artigo de RUIZ-MORAL (2007), critica o entendimento da relação médico-paciente como técnica ou procedimento, a ser apreendido mediante protocolos e guias, e pressupõe que esta relação constitui-se como “tecnologia de processo” (meio) e não como uma tecnologia de resultado (finalidade) e ressalta que o caráter técnico atribuído à relação médico-paciente encontra-se estritamente ligado ao desenvolvimento de novas formas de comunicação. A autora, neste mesmo texto, também indica uma lacuna entre o que é produzido na literatura internacional e textos destinados a orientar ações aplicáveis na prática médica de acordo com a realidade brasileira, além da inexistência de livros didáticos sobre o tema dirigidos aos alunos de graduação, permanecendo à margem frente à “hegemonia do modelo biomédico organicista que domina a formação médica no nosso meio”. (SUCUPIRA, 2007:625)

“(…) há uma defasagem entre o modo como literatura internacional discute a relação médico-paciente e os temas de humanização e o espaço que é dado à discussão dos aspectos referentes às diversas formas como se dá a relação entre o médico e o paciente no contexto da atenção médica no Brasil.” (SUCUPIRA, 2007: 624)

No Brasil, no início do século XXI, alguns estudos foram elaborados, no intuito de compreender a comunicação-interação entre médicos e pacientes nos diversos modelos e níveis de atenção à saúde existente no Sistema Único de Saúde.

Na pesquisa qualitativa coordenada por CAPRARA e RODRIGUES (2004), investigou-se a relação entre médicos e pacientes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Ceará. Os resultados demonstram a necessidade de desenvolvimento de novas formas de comunicação-interação entre médicos que atuam na ESF e pacientes, uma vez que 39,1% dos médicos não explicavam os problemas encontrados de forma clara e compreensiva, em 58% das consultas não foi verificado o grau de entendimento dos pacientes a respeito do diagnóstico encontrado e em 53% das consultas não foi verificado o nível de compreensão acerca das

indicações terapêuticas (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). O tempo médio de consulta mostrou-se associado a “uma melhor anamnese, uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e participação do paciente na consulta.” (CAPRARA; RODRIGUES, 2004: 142) Os aspectos psicossociais em 91,4% das consultas não foram explorados se comparados à investigação dos sintomas de doenças.

O autor conclui pela existência de uma “necessidade crescente de desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação.” (CAPRARA; RODRIGUES, 2004: 6)

FRANCO, BASTOS e ALVES (2005) realizaram um estudo com registro *in loco* e em tempo real da relação entre médicos e pacientes em 408 consultas realizadas por médicos de três diferentes equipes de ESF (uma da zona do semi-árido baiano, uma da zona metropolitana e uma da região litorânea do Estado da Bahia). Os resultados desta análise apontam que “a investigação do problema é conduzida principalmente mediante a anamnese biomédica e exames físicos, sem que sejam exploradas as condições de vida do paciente e confirmadas as hipóteses produzidas pela queixa principal” (FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005:249), não sendo observada a explicação do diagnóstico, nem tão pouco o esclarecimento aos pacientes dos problemas encontrados na maioria das consultas. Novamente, evidenciou-se que questões relacionadas à dimensão psicossocial (como ansiedade frente aos problemas de saúde, pobreza e desemprego) não foram evidenciadas na maioria das observações, o mesmo acontecendo em relação à investigação dos recursos para a realização do cuidado à saúde. Apenas um médico demonstrou interesse pela estrutura e dinâmica familiar. No entanto, tais informações não desencadearam ações específicas. (FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005)

Segundo a autora, evidenciou-se um predomínio acentuado da “escuta biomédica da queixa” seguida de uma ação prescritiva em relação à compreensão integral do encontro entre médicos e pacientes observados,

sendo a maioria das falas dirigidas para a queixa, em busca de hipóteses diagnósticas, apresentando constantes interrupções das narrativas dos pacientes. Diante disso, a autora conclui que a ESF não garantia uma diferenciação na qualidade da relação médico-paciente e que as práticas estabelecidas nesta estratégia configuram-se e tendem a relações paternalistas centradas no modelo biomédico.

Em Rio Branco, no Acre, 50 pacientes egressos de internações hospitalares foram entrevistados a fim de avaliar o nível de satisfação dos pacientes com as relações estabelecidas com os médicos responsáveis pelo seu cuidado ao longo da internação. Dos pacientes entrevistados, 68% afirmaram que apenas foram informados que seriam internados, sendo que apenas 18% afirmaram ter recebido uma explicação minuciosa a respeito dos motivos da internação (PEREIRA; AZEVÊDO, 2005).

Em relação à qualidade da comunicação médico-paciente, 70% dos entrevistados declararam que não receberam informações ou esclarecimentos suficientes sobre o estado clínico que motivou a internação. O conteúdo das informações ficou restrito a questões relacionadas ao estado geral dos pacientes (24%), a questões específicas relacionada(s) à(s) doença(s) (40%) e o restante restrito aos domínios dos exames físicos ou consulta de prontuários, não estabelecendo uma comunicação adequada (26%). (PEREIRA; AZEVÊDO, 2005:2)

A revisão acima sintetizada aponta com clareza os impactos do referido afunilamento da narrativa sobre a comunicação–interação, empobrecendo e limitando o encontro médico-paciente. Embora não se possa atribuir esse empobrecimento exclusivamente à força da racionalidade biomédica. É certo que ambas são consubstanciais e que a superação desta situação implica na penetração e legitimação de outras racionalidades na instituição do diálogo médico-paciente. É o que será discutido a seguir, sempre privilegiando o sensível espaço da atenção primária.

1.3 A importância da construção dos planos de cuidado à saúde de forma compartilhada entre médicos e pacientes na atenção primária: a articulação dos saberes técnico-científicos aos práticos no e pelo diálogo entre os sujeitos

Na atenção primária, o papel atribuído ao médico, como co-responsável (em conjunto com os pacientes) pela elaboração e encaminhamento das propostas de soluções para as múltiplas necessidades encontradas na etapa inicial da entrevista médica, constitui um desafio das práticas em saúde da contemporaneidade.

A elaboração destes planos de cuidado compartilhados encontra-se diretamente relacionada à *troca de saberes*, entre médicos e pacientes. Ressalta-se a palavra *troca de saberes* uma vez que tanto médicos quanto pacientes são dotados de conhecimentos, de diferentes ordens e naturezas, absolutamente imprescindíveis para a efetividade das ações de cuidado à saúde.

O saber médico técnico-especializado, adquirido ao longo da formação acadêmica, aliado aos saberes práticos resultantes das experiências de trabalho, possibilita a formulação de hipóteses diagnósticas (patológicas) e opções terapêuticas de acordo as necessidades de saúde identificadas durante a consulta. Por outro lado, os pacientes também apresentam saberes específicos, construídos e resultantes a partir de suas experiências prévias.

“Os médicos têm o dever de partilhar os seus conhecimentos médicos com os pacientes de tal forma que esta informação seja clara, relevante e útil para os pacientes. (...) Os pacientes dever ser considerados ‘*experts*’ em seu próprio direito e, portanto, ter uma perspectiva única e informações valiosas sobre o seu estado físico, condição funcional e qualidade de vida.”⁷ (ROTHER & HALL, 2006: 9-13)

⁷ “(...)physicians have the duty to share their medical expertise with patients in such a way that this information is clear, relevant, and useful to patients. (...)The patients should be considered an ‘expert’ in his or her own right and therefore to have a unique perspectives and valuable insights into his or her physical state, functional status, and quality of life.”

A natureza destes saberes permite o acesso aos modos com os quais estes pacientes lidam com as situações da vida. São saberes singulares acerca dos modos de ser-estar no mundo, fundamentais para o *sucesso prático* das propostas de cuidado. (AYRES, 2007)

Para tanto, a elaboração e pactuação dos planos terapêuticos realizados conjuntamente por médicos e pacientes, assim como a identificação de necessidades de saúde exige, uma articulação dos saberes técnicos (*Tecnê*), científicos (*Episteme*) e práticos (*Práxis*), mediante uma disponibilidade inicial de ambos para o estabelecimento de um diálogo em busca de acordos possíveis, adequados a cada situação e/ou necessidade.

A Figura 3 busca representar a articulação dos saberes técnico-científicos (*Technê-Episteme*) aos saberes práticos (*Práxis*) e, dos horizontes relacionados às práticas de saúde (êxito-técnico e sucesso-prático) a partir do diálogo entre sujeitos.

Figura 3. Articulação dos saberes a partir do diálogo entre médicos e pacientes.

Desta forma, o encontro terapêutico não estaria pautado exclusivamente pela racionalidade biomédica, que propicia uma importante polarização dos saberes técnico-científicos, mas sim por uma confluência de saberes técnico-científicos e práticos articulados entre si pelo diálogo entre médicos e pacientes.

O diálogo, nas práticas de saúde, constitui uma das possibilidades de articular os saberes técnico-científicos aos saberes práticos, uma vez que a conversação possibilita o estabelecimento de um processo de acordo em prol de uma decisão comum elaborada no ato do encontro entre médicos e pacientes.

“A conversação é um processo de acordo. O acordo na conversação implica que os interlocutores estejam dispostos a isso, abrindo espaço para acolher o estranho e adverso. Fazer um intercâmbio de opiniões e chegar a uma linguagem e a uma decisão comum”. (GADAMER, 2005:501)

De acordo com a perspectiva hermenêutica, um dos objetivos dos encontros clínicos, seria o de estabelecer um entendimento mútuo entre médicos e pacientes com o intuito de buscar alcançar qualquer potencial êxito-técnico, como a concreta realização de um sucesso prático, ou seja, o desenvolvimento de ações de saúde que considerem as singularidades de cada sujeito no seu modo de ser-estar no mundo e no mundo que é o seu. (AYRES, 2001)

Desta forma, os processos comunicacionais e as formas de interação estabelecidas no encontro entre médicos e pacientes, especialmente na atenção primária, poderiam agenciar e potencializar um deslocamento de uma “abordagem médica centrada na doença, para uma prática centrada na pessoa”. (STARFIELD - 2002:53)

1.4 A Noção de Cuidado e as Práticas Médicas na Atenção Primária à Saúde

Diante desta necessidade de uma reconciliação entre os saberes técnico-científicos (*Episteme* e *Technè*) e os saberes práticos (*Práxis*), recorreremos à noção de Cuidado⁸ desenvolvida por AYRES (2003) que identifica uma “potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e

⁸ Cuidado (com letra maiúscula) remete ao marco conceitual desenvolvido por AYRES (2003) a fim de diferenciarmos o termo que ao ser redigido com letra minúscula (cuidado) se refere às práticas médicas assistenciais.

a vida” (AYRES, 2003:85) e almeja uma “conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-se daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa (biomédica) na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde” (AYRES, 2004:22)

O Cuidado, portanto, também evoca um exercício no qual a sabedoria prática esteja colocada em articulação com os demais saberes técnico-científicos.

Além disso, a noção de Cuidado desenvolvida por AYRES (2003) propõe “o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde.” (AYRES, 2003:86)

Neste sentido, o espaço de encontro das subjetividades de médicos e pacientes, nos quais os sujeitos possam expressar-se genuinamente, também constituem espaços de Cuidado construídos, sobretudo no e pelo diálogo, pois é a partir da conversação que é permitido o acesso e a compreensão do outro - uma vez que “os sujeitos são diálogos.” (AYRES, 2001:68)

Diante destas colocações, seria permitido inferir que as formas de Cuidado produzidas na atenção primária, são também modeladas de acordo com a potencialidade dos diálogos estabelecidos entre médicos e pacientes, ou seja, os processos de comunicação-interação apresentam uma estreita relação com o Cuidado produzido neste nível de atenção.

A partir desta reflexão, elaboramos alguns questionamentos extremamente pertinentes para o presente estudo: como potencializar os espaços de encontros intersubjetivos nas práticas de atenção primária à saúde? Que outras formas de comunicação-interação (diálogo) permitem a construção de práticas de Cuidado à saúde na atenção primária à saúde para além da racionalidade biomédica? Como produzi-las em ato, no encontro entre médicos e pacientes?

Ressalta-se que tais questionamentos foram elaborados mediante um incessante exercício reflexivo-dialético, presente ao longo de todo

processo de formulação desta dissertação, a fim de permitir o necessário balizamento para a construção de outros horizontes, direções e sentidos que nos permitam problematizar e discutir outras possibilidades de diálogo entre médicos e pacientes na contemporaneidade.

Enfim, o presente estudo pretende resgatar algumas dessas proposições a fim de buscar subsídios conceituais para a otimização do cuidado por meio de formas mais ricas de comunicação entre médicos e pacientes no que se refere aos propósitos práticos da atenção primária à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e compreender os fundamentos e proposições das construções teóricas que, a partir da década de 90, vêm problematizando as interações e a comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

2.1.1 Identificar e sistematizar as principais características históricas e conceituais de quadros teóricos, nacionais e internacionais, problematizadores da comunicação e interação entre médico-paciente na atenção primária à saúde.

2.1.2 Analisar e discutir as implicações práticas de suas proposições conceituais para o cotidiano do trabalho médico;

2.1.3 Analisar e discutir as implicações práticas de suas proposições conceituais para o ensino-aprendizado e formação de recursos humanos;

3. METODOLOGIA

3.1. Referencial Teórico-Metodológico: o encontro entre sujeitos na perspectiva da filosofia gadameriana: a compreensão como um processo de estabelecimento de acordos

A compreensão, o acesso ao outro, segundo Gadamer, faz-se pelo exercício da conversação, por meio desse processo denominado “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488), entendido como a produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que nos era desconhecido no outro e em nós, ou apenas supostamente conhecido. (AYRES, 2007).

Partindo do pressuposto de que “os conteúdos objetivos do diálogo não são mais que um meio para conhecer o horizonte do outro” (GADAMER, 2005:400), seria de fundamental importância para a construção de um estudo sobre a comunicação e interação entre médicos e pacientes nos perguntarmos como, a partir do exercício do diálogo produzido no encontro clínico, poderíamos fundir horizontes, uma vez que estes horizontes encontram-se em constante (trans)formação, em constante devir?

Gadamer ressalta que, para compreendermos o que está sendo dito no encontro entre sujeitos, há que estabelecer uma verdadeira abertura à opinião do outro, sem necessariamente nos despirmos da nossa própria opinião, mas sim dos *a priori*, dos obstáculos que porventura impossibilitassem o *contato entre diferentes opiniões*, entre diferentes saberes (práticos e técnicos) que invariavelmente são colocados em jogo nos encontros terapêuticos.

Segundo o autor, para o (re)conhecimento do outro e para a produção de intersubjetividades, torna-se necessário “colocar a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias, ou que a gente se ponha em certa relação com elas.” (GADAMER, 2005:358)

Este contato entre diferentes perspectivas (opiniões) e/ou saberes faz-se por meio do exercício da arte da dialética, ou seja, *a arte de perguntar*. Segundo a filosofia desenvolvida por Gadamer, pôr-se em diálogo, pôr-se em acordo mediante a construção de uma linguagem comum, assume um papel crucial na prática hermenêutica, pois para que possamos compreender, “é preciso querer saber, isto é, saber o que não se sabe.”(GADAMER, 2005: 474).

A pergunta, neste sentido, *toma a dianteira* quando buscamos compreender algo que está sendo dito quando nos colocamos em diálogo, em relação com o outro, com o horizonte do outro. A conversação, resultante deste processo dialético de perguntas e respostas, na perspectiva da filosofia hermenêutica gadameriana, assume uma nova função: estabelecer acordos entre os interlocutores mediante a elaboração de uma linguagem em comum. Segundo o filósofo “(...) a linguagem é o meio em que se realizam o acordo dos interlocutores e o entendimento sobre a coisa em questão.” (GADAMER, 2005: 497).

A linguagem, segundo a filosofia de Gadamer, passa a configurar-se como uma das principais formas de buscar o entendimento *sobre a coisa em questão*, como uma das principais formas de *realizar acordos entre os interlocutores* que se encontram em processo de comunicação.

No entanto, para que alcancemos este entendimento, para que possamos entender o que o outro está querendo nos dizer, torna-se imprescindível que os interlocutores construam uma *linguagem em comum*, em ato, a cada encontro entre sujeitos.

Ao analisarmos as relações estabelecidas entre médicos e pacientes na contemporaneidade, segundo os estudos realizados por diversos autores, discutidos anteriormente, podemos observar “distorções sistemáticas da comunicação, isto é, assimetrias entre os diversos sujeitos e linguagens na conformação dos discursos, as quais reproduzem e legitimam situações de iniquidade, opressão, limitação, situações negadoras dos ideais de emancipação humana”. (AYRES, 2005:557)

Ao partirmos do princípio de que o médico possui a “dupla obrigação de unir a sua virtuosidade altamente especializada com a parceria no mundo-da-vida” (GADAMER, 2006:108) e de que as habilidades de comunicação e interação constituem um potencial recurso para a concretização de práticas de Cuidado à saúde, em especial no nível da atenção primária, elaborou-se a proposta de realização de um estudo hermenêutico a partir da leitura e interpretação de textos, referentes às tradições discursivas que, ao longo da década de 90, problematizaram a questão da comunicação e interação entre médicos e pacientes.

Para a efetivação deste tipo específico de estudo, seria imprescindível que a elaboração dos referenciais teórico-metodológicos estivesse alinhada ao pensamento proposto pela filosofia hermenêutica no que concerne à leitura, compreensão e interpretação de textos.

Para tanto, alguns dos trabalhos emblemáticos elaborados a partir da perspectiva hermenêutica acerca dos processos de compreensão e interpretação de textos desenvolvidos por Hans-Georg Gadamer e Paul Ricoeur, serão utilizados para a construção do referencial teórico-metodológico que norteará o desenvolvimento do presente estudo.

3.1.1 A arte da compreensão de textos: da hermenêutica romântica à hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer

Classicamente, a hermenêutica, entendida como a “arte da compreensão e da interpretação”, buscava identificar *procedimentos metodológicos* que possibilitassem a compreensão de textos.

A partir dos estudos de Lutero, elaborou-se um princípio geral da interpretação de textos segundo o qual “todos os aspectos individuais de um texto devem ser compreendidos a partir do *contextus*, do conjunto.” (GADAMER, 2005:243)

Chladenius, um dos precursores da hermenêutica romântica, constata que “compreender um autor não é o mesmo que compreender plenamente um discurso ou um escrito” uma vez que “assim como os homens não são

capazes de abranger tudo com a sua visão, também suas palavras, discursos e escritos podem significar algo que eles próprios não tiveram a intenção de dizer ou escrever”. (GADAMER, 2005:253)

Diante disso, Chladenius postulava que, ao tentar compreender um texto, seria necessário compreender “historicamente o espírito do autor, isto é, superando nossos preconceitos, pensamos nas coisas que o autor pode ter em mente”. (GADAMER, 2005:250)

Posteriormente, Schleiermacher (1768-1834) desenvolve um pressuposto no qual “a hermenêutica é a arte de evitar mal-entendidos” (GADAMER, 2005), delimitando um novo conteúdo sobre o qual o intérprete deveria debruçar-se. Não mais a busca pela unidade de conteúdo da tradição⁹ e sim, a busca pela compreensão onde não há uma compreensão de imediato, onde exista “a possibilidade de um mal-entendido.” (GADAMER, 2005)

Com Schleiermacher, a hermenêutica passava a ser encarada como *uma ciência* (ciência do espírito) com procedimentos metodológicos próprios, visando o comum – por comparação - e o particular - por adivinhação – configurando um movimento circular, da parte para o todo e vice-versa. Desta forma, aliando a interpretação gramatical à interpretação psicológica (técnica), na qual para compreender um texto seria necessário “transferir-se para dentro da constituição completa do escritor, um conceber o decurso interno da feitura da obra, uma reformulação do ato do criador.” (GADAMER, 2005:257)

Schleiermacher postula, então, uma das principais “fórmulas” da hermenêutica romântica: “o que importa é compreender um autor melhor do que ele próprio se compreendeu”. (GADAMER, 2005:263)

No entanto, Gadamer vem a criticar a fórmula elaborada por Schleiermacher:

“A discutida fórmula não expressa nada mais que a pretensão de uma crítica filosófica objetiva. Aquele que melhor souber pensar aquilo de que fala o autor estará em condições de ver que este

⁹ O conceito de tradição será apresentado posteriormente segundo a perspectiva de Gadamer.

diz à luz de uma verdade ainda oculta para o próprio autor. Nesse sentido, o princípio segundo o qual devemos compreender um autor melhor do que ele compreendeu a si mesmo é muito antigo, tão antigo quanto a crítica científica em geral.” (GADAMER, 2005:267-268)

Para Gadamer, a afirmação de Schleiermacher e a busca pela “intenção inconsciente do autor”, merecem um novo questionamento, já que considera improvável que consigamos como intérpretes, nos “deslocarmos até a constituição psíquica do autor” a fim de, finalmente, resolver “tudo o que é desconhecido e estranho no texto”. (GADAMER, 2005:388)

O pensamento de Heidegger, acerca do círculo hermenêutico proposto anteriormente por Schleiermacher, demonstra que “a compreensão dos textos se encontra constantemente determinada pelo movimento de concepção prévia da pré-compreensão.” (GADAMER, 2005:288)

Ao tomar como referência a filosofia heideggeriana acerca da pré-compreensão (preconceito), Gadamer passa a reconsiderar a pretensão de neutralidade do intérprete em relação ao texto:

“Quem espera compreender está exposto a erros de opiniões prévias que não se confirmam nas próprias coisas. Elaborar os projetos corretos e adequados às coisas, que como projetos são antecipações, que só podem ser confirmadas nas coisas, tal é a tarefa constante da compreensão.” (GADAMER, 2005:356)

O conceito a respeito da pré-compreensão de Heidegger inspira Gadamer a elaborar uma nova perspectiva acerca do jogo que se estabelece no ato de compreender: “a compreensão como o jogo no qual se dá o intercâmbio entre o movimento da tradição e o movimento do intérprete” (GADAMER, 2005:388) e inaugura um pensamento no qual este movimento entre a tradição e o intérprete será problematizado *a posteriori*.

Josef Bleicher, ao discutir a hermenêutica filosófica de Gadamer, explicita a articulação entre a imersão na tradição e a revisão dos preconceitos do intérprete:

“Ao inserir-se na sua tradição, porém, o intérprete põe em jogo os seus próprios preconceitos na tentativa de fazer justiça à proclamação da verdade do texto, ultrapassando, deste modo, o seu

ponto de vista inicial e isolado e a sua preocupação com a individualidade do autor.” (BLEICHER, 1980:156)

Gadamer considera a existência de uma distância insuperável entre intérprete e autor denominada de “distância histórica”, preenchida pela herança da tradição, onde “cada época deve compreender a seu modo um texto transmitido”. (GADAMER, 2005:392)

Ao elaborar o conceito de distância histórica Gadamer questiona: “será verdade que achar-se imerso em tradições significa em primeiro plano estar submetido a preconceitos e limitado em sua própria liberdade?” (GADAMER, 2005:367)

Hans-Georg Gadamer, em sua obra “Verdade e Método”, buscou ressignificar as possibilidades de compreensão da tradição, entendida pelo movimento do Iluminismo como um obstáculo à busca pela verdade e à liberdade de pensamento. Ao considerar que “ao lado dos fundamentos da razão, a tradição conserva algum direito e determina amplamente as nossas instituições e comportamentos” (GADAMER, 2005:372) o autor busca ampliar as proposições do movimento Iluminista (*Aufklärung*), onde toda a tradição seria, *a priori*, submetida à autoridade da razão: “A tendência geral da *Aufklärung* é não deixar valer autoridade alguma e decidir tudo diante do tribunal da razão (...) a fonte última de toda a autoridade já não é a tradição, mas a razão.” (GADAMER, 2005 :363).

Opõe-se, assim, ao racionalismo iluminista extremado, que, valendo-se do pressuposto de que o “uso metodológico e disciplinar da razão é suficiente para nos proteger de qualquer erro” (GADAMER, 2005:368), propôs a libertação, via razão, de qualquer tipo de preconceito. A tradição era, neste momento histórico, entendida como um empecilho à busca pela verdade, e não uma parte constitutiva dessa busca. Segundo GADAMER (2005):

“O que é consagrado pela tradição e pela herança histórica possui uma autoridade que se tornou anônima, e nosso ser histórico e finito está determinado pelo fato de que também a autoridade do que foi transmitido, e não somente o que possui fundamentos evidentes, tem poder sobre a nossa ação e nosso comportamento.” (GADAMER, 2005:372)

Qual o conceito de tradição na perspectiva de Gadamer? O conceito de tradição foi descrito por Gadamer como algo que tem “validade sem precisar de fundamentação” (GADAMER, 2005:372), ou seja, as denominadas “tradições” não necessitariam de qualquer tipo fundamentação (inclusive fundamentações racionais) para apresentar validade, uma vez que “a tradição se mostra (...) como o contrário abstrato da autodeterminação livre, já que sua validez não necessita de fundamentos racionais, pois nos determina de modo espontâneo.” (GADAMER, 2005:373)

É importante ressaltar que, no presente estudo, o conceito de tradição não se refere a algo que fora instituído segundo critérios específicos de validação – como tempo de duração ou ainda número de publicações científicas referentes a determinados assuntos - mas algo no qual “sempre estamos inseridos” (GADAMER, 2005: 374) e que tem influência “sobre nossa ação e nosso comportamento.” (GADAMER, 2005:372)

Diante disso, as escolas de pensamento estudadas nesta dissertação são consideradas “tradições”, segundo a perspectiva de Gadamer, uma vez que independente de critérios de validação “racional” elas exercem algum tipo de influência nas práticas de saúde da contemporaneidade nas quais encontramos-nos inseridos.

Além disso, o conceito de tradição remete à necessidade de, não simplesmente excluir as pré-concepções de verdade, como pressupôs o movimento iluminista, mas sim considerar como uma das tarefas hermenêuticas buscar **nas tradições** em que estamos imersos os elementos que permitam a suspensão por completo dos preconceitos.

Esta suspensão dos preconceitos só poderia ser possível através da elaboração de questionamentos, perguntas: “(...) a suspensão de todo o juízo, e a *fortiori* de todo o preconceito tem a estrutura da pergunta”. (GADAMER, 2005:396)

Neste sentido, “a compreensão deve ser pensada menos como uma ação da subjetividade e mais como um retroceder que penetra num acontecimento da tradição, onde se intermedeiam constantemente passado e presente”. (GADAMER, 2005:385)

Ao buscar compreender um texto, torna-se fundamental “estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa” sem, no entanto, pressupor uma situação de neutralidade perante os preconceitos e opiniões pessoais, mas sim uma apropriação destes, a fim de que “o próprio texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais”. (GADAMER, 2005:358)

Para tanto, Gadamer recusa-se a elaborar métodos de interpretação e compreensão de textos conforme a hermenêutica proposta por Schleiermacher, uma vez que acredita que a relação estabelecida entre intérprete e obra se dá mediante ao que o autor conceitua de “fusão horizontes”. Segundo Gadamer, “horizonte é o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que pode ser visto a partir de um determinado ponto.” (GADAMER, 2005:307) Para a determinação deste horizonte seria necessária a elaboração da situação hermenêutica, que significa “a obtenção do horizonte de questionamento correto para as questões que se colocam frente à tradição”. (GADAMER, 2005:399)

A hermenêutica gadameriana não se propõe a estabelecer métodos que busquem “desvendar o sentido original dos textos” (GADAMER, 2005:242), como a hermenêutica teológica e filológica, mas sim estabelece possibilidades que permitam que o intérprete realize uma “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre o presente e passado, uma vez que aquele não se forma à margem deste, sendo necessário, para isso, colocarmos em jogo nossos próprios preconceitos: “(...) a verdadeira compreensão implica a reconquista dos conceitos de um passado histórico de tal modo que esses contenham também nosso próprio conceber. Acima, chamamos isso de fusão de horizontes.” (GADAMER, 2005: 488)

Desta forma, Gadamer formula a proposição na qual “o intérprete tem, primeiro, consciência de uma distância entre o texto e o seu próprio horizonte, que leva, no processo de compreensão, a um novo horizonte compreensivo que transcende a questão e os preconceitos iniciais.” (BLEICHER, 1980:159)

3.1.2 A teoria de interpretação de textos de Paul Ricoeur: o arco hermenêutico e a dialética da compreensão e explicação

Parte do pensamento e da obra produzida por Paul Ricoeur encontra-se, extremamente relacionada ao estudo da compreensão e interpretação dos discursos fixados pela escrita. A elaboração desta dissertação, parte da enumeração de cinco objeções à forma como a hermenêutica romântica abordaram algumas questões referentes à interpretação de textos.

Ricoeur inicialmente questiona a universalidade da compreensão encerrada na figura do círculo hermenêutico, a partir do momento em que identifica o caráter plural e ilimitado do processo de interpretação dos textos. Segundo BLEICHER (1980), o filósofo considerava que:

“o objeto de interpretação, o texto, reveste um caráter autônomo uma vez produzido, pelo que deixa de ser adequado referir apenas o seu sentido original; em vez de conter um sentido fixo, o texto convida à leitura e à interpretação plural. Nesta base, é um processo aberto, ilimitado. (BLEICHER, 1980:305)

Outro ponto de discordância de Paul Ricoeur em relação a algumas proposições da hermenêutica romântica encontra-se relacionado ao objeto da hermenêutica que, segundo o filósofo, deveria “visar o conteúdo de um texto que projeta um mundo e não psicologia do autor.” (BLEICHER, 1980:306)

Ricoeur, a partir destes questionamentos, elabora uma teoria de interpretação de textos, ao considerar o pensamento de Gadamer em relação ao conceito de distância histórica, onde “não há mais, com efeito, situação comum ao escritor e ao leitor” (RICOUER, 2008:65), cabendo à interpretação “explicitar o tipo de *ser-no-mundo* manifestado diante do texto”. (RICOUER, 2008:65). Segundo a teoria de interpretação ricoeuriana, “o que deve ser interpretado, num texto, é uma *proposição de mundo* (...) para nele projetar um de meus possíveis mais próprios” (RICOUER, 2008:66).

Uma vez que no encontro do leitor/pesquisador com o texto a ser interpretado “o sentido verbal do texto já não coincide com o sentido mental

ou a intenção do texto” (RICOEUR, 2005:106), o autor passa a questionar a forma como se realiza a decifração do discurso escrito.

A dialética entre compreensão (*Verstehen*) e explicação (*Erklären*) em relação ao discurso (fala), proposta pela hermenêutica alemã, servirá como ponto de partida para a proposta de decifração (interpretação) de textos de Paul Ricoeur.

O filósofo busca superar a polêmica dicotomia entre explicar e compreender, colocada, sobretudo em virtude da oposição entre ciências da natureza e ciências do homem característica da hermenêutica romântica.

“Para os hermeneutas românticos, em contrapartida, a análise estrutural procederá de uma objetivação estranha à mensagem do texto, ele próprio inseparável da intenção de seu autor: Compreender seria estabelecer, entre a alma do leitor e do autor, uma comunicação, até mesmo uma comunhão, semelhante a que se estabelece num diálogo frente a frente. Assim por um lado, em nome da objetividade do texto, toda a relação subjetiva e intersubjetiva seria eliminada pela explicação; por outro lado, em nome da subjetividade da apropriação da mensagem toda a análise objetivante será declarada estranha à compreensão. A esta exclusão mútua oponho a concepção mais dialética de uma interpretação entre compreensão e explicação.” (RICOEUR, 1989:167)

Segundo Ricoeur, o processo de decifração do discurso escrito, acontece efetivamente a partir de dois movimentos circulares e dialéticos: a) o movimento que parte da compreensão (conjectura) à explicação (validade) e, b) o movimento da explicação (sentido) à compreensão (referência). “Esta correlação entre explicação e compreensão, e vice e versa constitui o círculo hermenêutico.” (RICOEUR, 1989:212)

Em relação ao primeiro movimento, a compreensão (conjectura) baseia-se na necessidade de realizar conjecturas para a interpretação dos textos, uma vez que Ricoeur desvela a questão do distanciamento entre a intenção do autor, ao escrever o texto, e o mundo do leitor, discutida anteriormente por Gadamer de acordo com o conceito de “distância histórica”.

Este distanciamento insuperável, entre autor e leitor, torna necessária a realização de conjecturas para o ato de interpretação dos textos, o que nos

possibilita tentar *construir sentidos com os sentidos verbais do texto* e não tentarmos resolver o problema da interpretação correta pelo “simples retorno à alegada situação do autor” (RICOEUR, 2005:107). Ricoeur afirma: “Temos de conjecturar o sentido do texto porque a intenção do autor fica para além do nosso alcance”: (RICOEUR, 2005:106)

O segundo elemento, denominado de explicação (validade), justifica-se, segundo o autor em virtude da inexistência de regras para a realização de conjecturas, mas da necessidade de desenvolver métodos para validá-las. “Se não há regras para fazer boas conjecturas, há métodos para validar as conjecturas que fazemos.” (RICOEUR, 2005:108)

Tais métodos situar-se-iam, no caso da interpretação de textos, no campo da plausibilidade, em comparação ao campo dos métodos empírico analíticos de algumas ciências, uma vez que “a plurivocidade textual é típica de obras complexas do discurso e abre-as a uma pluralidade de construções.” (RICOEUR, 2005:108)

É inegável a existência de limites à plurivocidade dos textos, mas são justamente estes limites que possibilitam que os “leitores argumentem contra ou a favor de uma interpretação, que confrontem interpretações na busca de um acordo mesmo que este acordo possa ficar além do alcance imediato.” (RICOEUR, 2005:112)

Neste sentido, Ricoeur destaca o caráter necessariamente circular da compreensão/interpretação: “A conjectura e a validação encontram-se, em certo sentido, relacionadas circularmente, enquanto abordagem subjetiva e objetiva ao texto.” (RICOEUR, 2005:111)

Dentre os elementos relacionados ao segundo movimento - da explicação (sentido) à compreensão (referência) - Ricoeur considera que a explicação (sentido) “não (seria) só o objeto ideal intentado pelo locutor, mas a realidade efetiva visada pela enunciação.” (RICOEUR, 2005: 112) e que a compreensão (referência) poderia ser entendida como a expressão “plena da exteriorização do discurso” (RICOEUR, 2005: 112). Este movimento permitiria a criação de uma nova dialética na qual se busca o sentido que

não se encontra oculto, por detrás do texto, ou ainda localizado na esfera psicológica do autor, mas sim à frente do texto.

“O sentido de um texto não está por detrás do texto, mas à sua frente. Não é algo de oculto, mas algo descoberto. O que importa compreender não é uma situação inicial do discurso, mas o que aponta para um mundo possível (...) A compreensão tem menos do que nunca a ver com o autor e a situação. Procura apreender as posições de mundo descortinadas pela referência do texto. Compreender um texto é seguir seu movimento do sentido para a referência: do que ele diz para aquilo de que fala.” (RICOEUR, 2005: 122)

A filosofia de Ricoeur propicia a elaboração de questionamentos e reflexões extremamente pertinentes a este estudo: Quais as *proposições* de saúde e cuidado que as tradições discursivas aqui estudadas ensejam construir? Como podemos atualizar, mediante a “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre autor e leitor, as referências e sentidos dos textos? Que horizontes estas tradições estabelecem nas práticas médicas da atualidade no contexto da atenção primária à saúde? O quê (explicação) e de quê (compreensão) falam os textos referentes às tradições discursivas problematizadoras da comunicação e interação entre médicos e pacientes fixadas pela escrita? O que devemos compreender destes textos?

Segundo Ricoeur:

“o que num texto se deve compreender – e porconsequente apropriar? (...) Não é a intenção do autor, que se encontrar supostamente oculta por detrás do texto; não é a situação histórica comum ao autor e aos seus leitores originais; não são as expectativas ou sentimentos desses leitores originais.(...) que importa apropriar-se nada mais é do que o poder de desvelar um mundo, que constitui a referência do texto.” (RICOEUR, 2005:129)

Este poder de desvelar um mundo, um mundo possível cujas dimensões são propriamente abertas e descortinadas pelo texto (RICOEUR, 2005:122), aliada à circularidade da dialética entre compreensão e explicação da teoria de interpretação de Paul Ricoeur, servirá como referência teórico-metodológica para o presente estudo e norteará o

caminho a ser percorrido ao longo do processo de leitura e interpretação dos textos empíricos que será descrito detalhadamente no próximo subcapítulo.

3.2. Aspectos tecno-metodológicos: A escolha das tradições discursivas problematizadoras da interação e comunicação entre médicos e pacientes na década de 90

Como resposta às limitações comunicacionais e de interação entre médicos e pacientes discutidas anteriormente, ao final da década de 80, pesquisadores de países como Canadá e Inglaterra – cujos modelos assistenciais de saúde, organizados de acordo com a lógica de atenção primária, encontravam-se em franco processo de desenvolvimento – passam a desenvolver pesquisas com o intuito de problematizar e, qualificar as práticas de comunicação e interação entre médicos e pacientes, especialmente dirigidas a este nível de atenção.

A fim de garantir minimamente uma melhor qualidade dos serviços prestados, um maior grau de resolutividade de cada nível de atenção à saúde, uma melhor aderência aos tratamentos medicamentosos, uma maior satisfação dos usuários e a diminuição de custos com a saúde, as escolas médicas canadenses e inglesas passam a investir, de acordo com as especificidades das políticas públicas de saúde estabelecidas em cada país, na formação de médicos generalistas (*general practitioners*) e médicos de família (*family doctors*).

A busca pelo desenvolvimento de recursos pedagógicos de ensino-aprendizado, que pudessem deslocar e ampliar o enfoque da medicina especializada e centrada na doença para a construção de práticas médicas integrais no nível de atenção primária à saúde, impulsiona, em especial nas escolas médicas canadenses e inglesas, o desenvolvimento de novos saberes com o enfoque nas habilidades de comunicação e interação entre médicos e pacientes, consideradas fundamentais à prática médica de atenção primária.

Por conseguinte, a partir da gradativa construção deste emergente campo de saberes e práticas e da problematização dos processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes, docentes e pesquisadores das escolas médicas canadenses e inglesas, desenvolvem duas tradições discursivas embasadas na transformação das relações de cuidado no nível da atenção primária à saúde mediante a qualificação destes processos interativos-comunicacionais: a Medicina Centrada no Paciente (*Patient Centered Medicine*) e a Medicina Baseada em Narrativa (*Narrative Based Medicine*).

A Medicina Centrada no Paciente (MCP) configura-se como uma das tradições selecionadas no presente estudo, em virtude da importância aqui atribuída à audaciosa reformulação do método clínico para a prática de atenção primária proposta por esta tradição. A busca por uma superação do método clínico tradicional proposta pelos docentes e pesquisadores canadenses, torna a Medicina Centrada no Paciente um dos marcos teóricos norteadores da formação de médicos de família em diversos países do mundo.

A proposta inglesa denominada de Medicina Baseada em Narrativa (MBN), originada a partir de estudos realizados por pesquisadores ingleses, fundamentalmente busca ressignificar a importância do discurso verbal (narrativo) para as práticas médicas de cuidado à saúde na contemporaneidade, uma vez que os diálogos produzidos entre médicos e pacientes encontram-se intensamente permeados pela tradição biomédica, inclusive no nível da atenção primária à saúde.

Para tanto, a MBN propõe como alternativa um estímulo à produção de discursos narrativos no encontro entre médicos e pacientes, que sejam capazes de potencializar a expressão dos processos singulares de saúde-doença, bem como facilitar a compreensão das necessidades e problemas dos pacientes expressos sob forma de narrativa durante a consulta.

Mediante ao desenvolvimento de metodologias de ensino-aprendizado de recursos e habilidades de comunicação-interação baseados em narrativas, os pesquisadores ingleses iniciam a concretização de uma

ambiciosa proposta de articulação entre diversas áreas do conhecimento – ciências da saúde (medicina e enfermagem), literatura, ciências sociais, filosofia, entre outros – com o intuito de desenvolver um novo campo de conhecimentos específicos, resultante da confluência destes diversos tipos de saberes.

A MBN, portanto, representa uma das tradições discursivas emblemáticas para a ressignificação e qualificação das práticas médicas na atenção primária, uma vez que busca: a) restabelecer a importância das narrativas produzidas no encontro entre médicos e pacientes - compreendidas nesta tradição como uma das matérias-primas das práticas de cuidado integrais; b) articular diversas áreas do conhecimento humano para a construção de novos saberes em saúde.

A terceira tradição discursiva, denominada abordagem integral (*comprehensive care*), emerge nos Estados Unidos (EUA), no início da década de 50, a fim de estimular a discussão a respeito da necessidade da transformação da abordagem médica reducionista, fragmentada e centrada na doença que desvalorizava a importância dos fatores ambientais (determinantes sociais) para o reconhecimento de outras causas (extra-biológicas) dos processos de saúde-doença e, para a formulação de manejos terapêuticos adequados de acordo com as necessidades dos pacientes. (READER, 1954)

A abordagem integral (*comprehensive care*) norte-americana, neste período, surge como uma das principais propostas de qualificação da educação médica - devido a evidencia de lacunas importantes de ensino-aprendizado e de ampliação da abordagem médica (ainda a nível hospitalar), ao propor: a) o reconhecimento das esferas sociais e psicológicas como parte integrante das práticas de cuidado à saúde; b) a prestação de atendimento médico de forma longitudinal quando necessário; c) a compreensão do núcleo familiar dos pacientes para a realização de práticas preventivas para os demais membros da família. (READER, 1954)

No entanto, a abordagem integral proposta pela Medicina Comunitária, no início da década de 60 nos EUA, avança no sentido de

articular as ações curativas, preventivas e de reabilitação, a fim de propiciar o melhor estado de saúde possível para indivíduos e populações.

A despeito do enorme investimento financeiro, ainda evidenciava-se, neste período, um acesso restrito de diversos segmentos populacionais aos serviços de saúde e a crescente implantação de programas verticais extremamente desarticulados entre si e elaborados a partir de pressupostos ancorados na tradição biomédica hegemônica, fato que compunha um persistente quadro de fragmentação e especialização das práticas médicas norte-americanas. Neste contexto, o conceito de abordagem integral assume um novo significado a partir da necessidade de integração destes serviços e práticas de saúde.

Portanto, o caráter polissêmico do termo abordagem integral (*comprehensive care*), instiga a necessidade da realização de uma investigação sistematizada a fim de buscar compreender a influência dos pressupostos teóricos desta tradição para o desenvolvimento de formas de comunicação-interação no encontro entre médicos e pacientes, uma vez que tal abordagem passa a influenciar a transformação das práticas médicas em diversos países da América Latina, especialmente as práticas médicas e de saúde brasileiras.

A crítica ao modelo biomédico surge no Brasil nas décadas de 50 e 60, influenciado pelas propostas norte-americanas de reforma preventivista e da medicina integral. A Medicina Integral e a concepção do modelo biopsicosocial se contrapõem às práticas fragmentadas, cujos sujeitos estariam reduzidos à dimensão biológica, às “estruturas e funções orgânicas”. (DONNANGELO, 1979:79)

Além disso, este movimento pretendia incorporar a dimensão social à prática médica, com o intuito de ressignificar os elementos estruturais internos, ampliar a percepção acerca dos determinantes dos processos de saúde-doença dos indivíduos e populações de forma a ampliar a dimensão biomédica das práticas de cuidado à saúde.

“a recomposição de elementos internos à prática, constituindo o ato médico individual o momento no interior do qual a medicina poderá a um só tempo corrigir as deficiências técnicas e incorporar a dimensão social que se manifesta por via da enfermidade.” (DONNANGELO, 1979:79)

Os pressupostos contra-hegemônicos defendidos pela medicina integral de certa forma passam a ser incorporados aos movimentos populares em busca da universalização e qualificação dos serviços de saúde brasileiros. Este movimento denominado de Reforma Sanitária posteriormente dará origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao final da década de 80.

A partir do movimento da Reforma Sanitária brasileira “pautada em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse às reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania” (MACHADO et al, 2007:336), a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, determina uma nova compreensão de saúde no País. A saúde passa a ser compreendida como um direito “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.” (COHN; ELIAS, 1996:50)

A partir do estabelecimento das diretrizes do SUS, descritas na constituição brasileira de 1988, a integralidade passa a ser reconhecida como um dos princípios institucionais do SUS, norteadores das práticas de saúde no início da década de 90, uma vez que busca garantir a articulação entre as ações de assistência, prevenção, promoção e reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde. No entanto, cabe ressaltar que na década anterior, o pressuposto da integralidade já se encontrava incorporado às práticas de saúde brasileiras mediante a elaboração de programas de saúde ditos integrais tais como o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança.

No entanto, a fim de realizar práticas de saúde de acordo com o preceito da integralidade, seria necessária a elaboração de novas propostas e estratégias voltadas à formação e qualificação dos profissionais de área de saúde, em especial profissionais médicos.

MATTOS (2001) determina o caráter polissêmico relacionado ao conceito de integralidade e identifica três sentidos do termo, dentre eles o conceito de integralidade estreitamente relacionado aos pressupostos defendidos pelo movimento de Medicina Integral na década de 60: a integralidade como “boa prática médica”.

“Portanto, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente. Atitude essa que deveria ser ‘produzida’ nas escolas médicas. Relacionava-se, deste modo, com a boa medicina, ou melhor, com a boa prática médica.” (MATTOS, 2001:45-46)

Neste sentido, o desenvolvimento de habilidades de comunicação-interação entre médicos e pacientes, ao longo da formação médica, que permitam a ampliação da abordagem médica tradicional centrada na doença, fragmentada e reducionista, a identificação de necessidades e problemas de acordo com as singularidades dos pacientes e o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde, poderia potencializar a efetivação dos pressupostos de integralidade entendidos como “boa prática médica”.

Portanto, a escolha das quatro tradições discursivas, justifica-se devido à pertinência demonstrada anteriormente no que tange a problematização das formas de comunicação e interação entre médicos e paciente na contemporaneidade. Julgamos que a escolha destas tradições será suficiente para compreendermos o desafio crítico-reconstrutivo que orienta o presente estudo.

O período da década de 90 foi escolhido como recorte de tempo para a realização deste trabalho por configurar-se como um período no qual observarmos um significativo aumento da produção acadêmica referente à temática da comunicação-interação entre médicos e pacientes e, especialmente, no que se refere às quatro tradições que pretendemos estudar nesta dissertação. Além disso, a disponibilidade e o acesso aos textos e, por conseguinte, aos discursos de cada tradição seria facilitado em

virtude desta intensificação da produção de artigos evidenciada neste período.

3.2.1 A escolha das Bases de Dados

A pesquisa dos textos será realizada a partir do acesso a artigos de duas das principais bases de dados das principais publicações científicas da área das ciências da saúde: MEDLINE e LILACS.

Primeiramente, o MEDLINE, elaborada pela *National Library of Medicine* (EUA), constitui uma das principais bases de dados relacionados à indexação de revistas e publicações de artigos científicos nas áreas médicas e biomédicas nos Estados Unidos e, em outros 70 países.

A escolha da LILACS, justifica-se devido à importância desta base de dados para o acesso e compartilhamento de publicações científicas nos países da América Latina, em especial nos países de língua portuguesa (Brasil) e espanhola. A base de dados LILACS, constitui na atualidade uma das principais bases de indexação de artigos científicos em saúde nos países latino-americanos servindo como uma base complementar ao MEDLINE.

3.2.2 O processo de seleção dos textos empíricos

Inicialmente, considera-se de fundamental importância ressaltar que o presente estudo não se trata de uma Revisão Sistemática de Artigos Científicos (RSAC) no qual o processo de seleção dos textos preocupa-se em abranger a totalidade de documentos produzidos e indexados ao maior número de bases de dados possíveis, a partir de critérios de inclusão e exclusão definidos previamente para posteriormente selecionar e avaliar a qualidade dos estudos de acordo com os critérios metodológicos e científicos. (SOUZA; RIBEIRO, 2009)

O desenho técnico-metodológico da seleção de textos do presente estudo, difere da RSAC, pois objetiva alcançar não a totalidade de artigos

indexados ao maior número de bases de dados possível, mas sim a localização de artigos que permitissem a melhor exploração das tradições discursivas estudadas a partir da busca de termos (palavras-chaves) e de categorias analíticas encontradas ao longo dos textos. Os critérios de seleção e de exclusão não se encontram associados aos critérios de qualidade científicos clássicos preconizados pela RSAC e foram construídos por um apoio na leitura de textos de referência das tradições discursivas, a fim de construir um arcabouço teórico prévio que pudesse nortear e qualificar o olhar da leitora/pesquisadora durante o processo de leitura e seleção dos textos de acordo com o recorte teórico-metodológico desta pesquisa.

A seleção de textos empíricos foi realizada a partir da procura de artigos produzidos nos idiomas inglês e português indexados nas bases de dados MEDLINE e LILACS no período de 01/01/1990 a 31/12/1999.

Os artigos também foram identificados a partir da utilização das palavras-chaves (termos) relacionadas às tradições selecionadas para a elaboração do presente estudo conforme descrito no Quadro 2.

Tradição discursiva	País de origem	Palavras-Chaves (termos)
Medicina Centrada no Paciente	Canadá	<i>Medicina Centrada no Paciente</i>
		<i>Patient Centered Medicine</i>
Medicina Baseada em Narrativa	Inglaterra	<i>Medicina Baseada em Narrativa</i>
		<i>Narrative Medicine</i>
Abordagem integral	EUA	<i>Comprehensive care</i>
Integralidade como “boa prática médica”	Brasil	<i>Integralidade</i>
		<i>Integral</i>

Quadro 2: Palavras-chaves de pesquisa dos textos segundo as tradições discursivas

3.2.3 A construção das categorias analíticas

As categorias analíticas¹⁰ foram elaboradas de acordo com: a) os objetivos específicos do presente estudo; b) a leitura de livros de referência e de artigos publicados nas bases de dados selecionadas; a fim de construir um embasamento teórico prévio, de forma não arbitrária, acerca dos pressupostos e conceitos de cada tradição discursiva.

Esta seleção de livros e artigos de referência para a construção das categorias analíticas encontra-se ancorada na filosofia hermenêutica gadameriana acerca da compreensão e interpretação de textos. O filósofo discute a importância da análise dos pré-conceitos do leitor, cujo horizonte inicialmente encontra-se imerso nas tradições, para a execução da tarefa hermenêutica de interpretação e compreensão dos textos. Segundo GADAMER (2005):

“A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais inicia não forem arbitrárias. Por isso, faz sentido que o intérprete não se dirija diretamente aos textos a partir da opinião prévia que lhe é própria, mas examine expressamente essas opiniões quanto à sua legitimação, ou seja, quanto à sua origem e validade.” (GADAMER, 2005:356)

A elaboração das categorias analíticas a partir da leitura dos livros de referência permite que o encontro do leitor com o texto esteja balizado não apenas pelos pré-conceitos do intérprete em relação a cada tradição discursiva, mas pela cuidadosa análise (leitura) dos conceitos fundamentais dos quais são compostos os principais elementos destas tradições, uma vez que “toda a interpretação correta tem de proteger-se da arbitrariedade de intuições repentinas e da estreiteza dos hábitos de pensar imperceptíveis, e voltar seu olhar para as coisas elas mesmas.” (GADAMER, 2005: 355)

¹⁰ O termo *categoria analítica* é aqui utilizado para se referir à forma como estabeleceremos a leitura e o trabalho com os textos empíricos, a um momento da dialética compreensão-explicação, da busca de relações parte-todo, e não a qualquer processo de decomposição dos problemas em partes mais simples visando seu melhor conhecimento, característico das metodologias das chamadas ciências empírico-analíticas.

Os livros e artigos utilizados como referência para a elaboração das categorias analíticas encontram-se descritos no Quadro 3.

Tradição Discursiva	Textos utilizados para a construção das categorias analíticas
Medicina Centrada no Paciente (<i>Patient Centered Medicine</i>)	STEWART M., BELLE-BROWN J., WESTON W.W., MCWHINNEY I.R., MCWILLIAM C.L., FREEMAN T.R. <i>Patient-centered medicine: transforming the clinical method</i> . 2nd ed. Oxford:Sage; 1995.
	WESTON W.W, BELLE-BROWN J., STEWART M.; <i>Patient-Centred Interviewing Part I: Understanding Patients' Experiences</i> . CAN. FAM. PHYSICIAN Vol. 35: JANUARY 1989.
	BELLE-BROWN J., WESTON W.W., STEWART M. <i>Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground</i> . CAN. FAM. PHYSICIAN Vol. 35: JANUARY 1989.
Medicina Baseada em Narrativa (<i>Narrative Based Medicine</i>)	GREENHALGH, T. & HURWITZ, B., 1998. <i>Narrative-based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice</i> . London: British Medical Journal Publishing Group.
	LAUNER, J. <i>Narrative-based Primary Care: a practical guide</i> . Radcliffe. Medical Press, 2002.
Abordagem integral (<i>Comprehensive care</i>)	READER, G.G. Organization and Development of a comprehensive care Program. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, JUNE 1954.
Integralidade “como boa prática”	MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.39-64.
	8. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. <i>Cuidado: as fronteiras da integralidade</i> 4. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2008. 320p. ISBN 85-89737-24-1.

Quadro 3. Referências bibliográficas utilizadas para a construção das categorias analíticas.

O Quadro 4 descreve as categorias analíticas utilizadas para compreensão e interpretação dos textos empíricos. Estas categorias serviram como eixos norteadores de dois movimentos: a) a seleção dos textos empíricos; b) a exclusão de textos. Estes movimentos serão descritos posteriormente.

Categoria analítica	Códigos	Descrição da Categoria analítica
1. Dados bibliográficos;	DB	Referência bibliográfica (identificação do texto);
2. Bases teóricas das tradições;	PTA	Atitudes teórico-ideológicas utilizados pelos autores para elaboração dos artigos;
	PTT	Bases teóricas das tradições;
3. Modo de fundamentação das bases teóricas das tradições;	TDM	Metodologias utilizadas;
	TDR	Resultados encontrados;
4. Tecnologias de ensino-aprendizado e formação de recursos humanos;	ET	Tecnologias de ensino-aprendizado e recursos pedagógicos desenvolvidos de acordo com as bases teóricas das tradições;
5. Contexto político-econômico dos sistemas de saúde e das práticas médicas	OC	Discursos referentes ao contexto dos sistemas de saúde e das práticas médicas;

Quadro 4. Categorias analíticas

3.2.4 O processo de seleção dos textos: a dialética entre explicar e compreender

Após a definição das bases de dados, do período de indexação dos textos a estas bases, da identificação das palavras-chaves, da elaboração das categorias analíticas iniciou-se a etapa de seleção propriamente dita dos textos empíricos.

A primeira etapa do trabalho, denominada segundo a terminologia descrita por AYRES (2008:105), de *inspeção/classificação* dos textos, consiste no reconhecimento inicial dos artigos de maior relevância para cada tradição discursiva.

Este processo inicial consiste basicamente na leitura dos títulos, sumários/resumos dos artigos levantados, a partir da utilização das palavras-chaves e do período de indexação dos artigos nas bases de dados.

Inicialmente, foram selecionados para cada tradição discursiva títulos de artigos que deveriam ser analisados em um segundo momento em maior profundidade, a partir da leitura dos sumários/resumos. Portanto, para todas as tradições pesquisadas, o processo iniciava-se mediante a leitura dos

títulos e, a partir dos títulos de artigos selecionados, empreendia-se a leitura dos sumários/resumos.

Após a seleção dos principais textos, mediante a leitura dos títulos e resumos, tornou-se imprescindível a identificação dos textos que se encontravam disponíveis no formato *on-line*, uma vez que alguns dos artigos selecionados não estavam acessíveis gratuitamente. Desta forma, a procura dos textos não disponíveis *on-line* deu-se por intermédio da solicitação destes artigos na Biblioteca Central da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que compõe uma rede junto a outras bibliotecas situadas em diversos estados brasileiros e também em outros países. Depois de realizada a solicitação, os artigos disponíveis em formato eletrônico nesta rede de bibliotecas (com acesso restrito aos usuários) foram enviados por e-mail e, os demais artigos não encontrados *on-line*, deveriam ser xerocados e retirados no local.

A segunda etapa, denominada *exame/seleção* (AYRES, 2008:105), consistiu na leitura por inteiro, mais cuidadosa e detalhada, dos artigos selecionados na etapa anterior. O objetivo principal deste momento de exame do material empírico foi de identificar, ao longo da leitura (encontro entre o leitor e os textos), as categorias analíticas descritas anteriormente, a fim de dar início a uma reflexão crítica acerca do conteúdo dos artigos e, desta forma executar uma nova seleção mais refinada dos textos.

Este processo de leitura integral dos artigos, inevitavelmente, produz um novo horizonte de questões, formado a partir das leituras prévias acerca das tradições (na etapa de elaboração das categorias analíticas) e da identificação das categorias analíticas neste primeiro encontro entre o leitor/intérprete e os textos. Após a leitura integral dos artigos, procedeu-se a codificação de trechos dos textos considerados relevantes, de acordo com as categorias analíticas e códigos descritos no Quadro 4. Entretanto, cada categoria analítica contém em si diversos questionamentos (perguntas) que permitem que o leitor avance no processo de compreensão e interpretação segundo a perspectiva hermenêutica, uma vez que “a elaboração da situação hermenêutica significa então a obtenção do horizonte de

questionamento correto para as questões que se colocam frente à tradição.” (GADAMER, 2005:400)

A primeira categoria analítica, ao descrever o título, os autores, o ano e local de publicação, a revista ou periódico no qual o artigo foi publicado, dá início ao processo de contextualização dos artigos em estudo: o local onde foi produzido, o período e, possivelmente o público alvo para qual o artigo foi dirigido – quando, onde e para quem este(s) texto(s) foi(ram) escrito(s)?

Em relação as bases teóricas das tradições, a segunda categoria analítica, elaborou-se os seguintes questionamentos: Qual o conteúdo dos pressupostos das tradições elaboradas pelos autores? Estes conceitos seriam potencialmente elementos transformadores das práticas biomédicas? Em comparação à abordagem médica tradicional, quais os novos horizontes que tais conceitos buscam alcançar? Quais as justificativas para o desenvolvimento destes conceitos? Em que aspectos estes conceitos ampliam ou não as abordagens quando comparados à tradicional abordagem biomédica?

A formatação de perguntas relacionadas à terceira categoria analítica, justifica-se a partir do momento em que a validade dos discursos científicos se dá, no meio acadêmico, a partir da realização de pesquisas de caráter quantitativo e/ou qualitativo que *comprovem* a eficácia das ações propostas. A busca pela “verdade” que permeia historicamente o discurso científico impulsiona a realização de pesquisas científicas a fim de avaliar novas tecnologias elaboradas por cada tradição. Quais são as proposições em que se embasam tais tecnologias? Quais os dados que demonstram a pertinência das novas proposições frente à prática médica hegemônica na atenção primária à saúde?

A quarta categoria relacionada à formação de recursos humanos, por sua vez, consiste em um dos grandes desafios colocados pelas tradições discursivas, uma vez que, para a transformação das práticas médicas, seria imprescindível que os recursos pedagógicos utilizados na formação incorporassem novos cenários de práticas e metodologias de ensino-aprendizado. Seria possível estabelecer processos de ensino-aprendizado

voltados ao desenvolvimento de habilidades de comunicação e interação no encontro entre médicos e pacientes na atenção primária? Quais são os recursos pedagógicos elaborados pelos autores dos artigos em cada tradição?

A análise da quinta e última categoria poderá ressaltar possíveis indícios em relação ao contexto político-econômico dos sistemas de saúde e das práticas médicas dos países das tradições. Como estavam estruturados os sistemas de saúde as práticas médicas na década de 90? O contexto político e econômico e as formas de organização dos processos de trabalho interfeririam na qualidade dos processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes?

Portanto, este processo de identificação das categorias analíticas, associado à intensa formulação de perguntas dirigidas aos textos, tornou-se imprescindível nas etapas de exame/seleção e inspeção/classificação, pois possibilitou a escolha dos textos que iriam compor o *corpus* documental do presente trabalho.

Finalmente, a terceira etapa, denominada *perquisição/demarcação* (AYRES, 2008:106), completa o processo de compreensão/interpretação dos artigos. Após a seleção dos textos empíricos relacionados a cada tradição discursiva, e a identificação e codificação das categorias analíticas a partir da leitura integral dos textos, deu-se início o processo denominado por Paul Ricoeur de “dialética entre a compreensão e a explicação” - o exercício hermenêutico de buscar compreender “o quê o texto fala e do quê o texto fala” conforme discutido nos aspectos teóricos metodológicos no capítulo 3.

As “partes” do texto, previamente selecionadas e codificadas de acordo com as categorias analíticas, foram extraídas do corpo dos artigos - mediante a utilização dos softwares ADOBE ® versão 8.0 e ABBY READER® próprio para a conversão de imagens em textos editáveis - e, integrados a uma matriz produzida com o intuito de registrar, a partir da releitura minuciosa de cada “fragmento” de texto, as impressões e questionamentos produzidos no momento do encontro, no momento da

“fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre o leitor/texto. A matriz encontra-se ilustrada no Quadro 5.

Texto (Fragmento/parte)	Código	Traduções, impressões e questionamentos elaborados de acordo com a perspectiva do leitor.

Quadro 5. Matriz de fusão de horizontes entre leitor e texto.

Ao final deste procedimento, redigiu-se uma breve síntese a respeito do conteúdo de cada texto (do quê o texto fala), de forma a concluir o processo dialético de explicação/ compreensão proposta por Ricoeur. Este mesmo processo foi reproduzido para todas as tradições discursivas estudadas e, para todos os textos selecionados anteriormente na etapa de exame/seleção.

Finalmente, após a conclusão desta etapa, realizou-se o processo denominado de “leitura horizontal”, com o intuito de agrupar os fragmentos (partes) de texto a partir da codificação das categorias analíticas identificadas em cada texto segundo as tradições.

3.2.5 Procedimento e critérios de exclusão dos textos

Os procedimentos de exclusão dos textos evidenciados ao longo das fases de *inspeção/classificação* e *exame/seleção* apresentam características distintas, em virtude da maneira como estes processos foram realizados e dos critérios utilizados em cada uma das etapas.

Na etapa de *inspeção/classificação*, o processo de exclusão de textos mediante a leitura dos títulos e sumários/resumos utilizou como critério a pertinência do conteúdo para o estudo das tradições discursivas escolhidas, sendo eliminados os artigos cujos conteúdos não se encontravam relacionados às temáticas e/ou pressupostos da tradição pesquisada.

Os procedimentos e critérios de exclusão utilizados na fase de *exame/seleção* consideraram a pertinência do texto, de acordo com a

temática e o conteúdo textual dos artigos, a partir da leitura de livros e artigos utilizados como referência para a elaboração das categorias analíticas. Também se utilizou como critério de exclusão a não identificação das categorias analíticas, ao longo do corpo do texto.

4. A seleção de textos empíricos: resultados decorrentes das fases de Inspeção/classificação, exame/seleção e perquisição/demarkação

Este capítulo tem como objetivo descrever os resultados dos processos de Inspeção/Classificação (I/C) e Exame/Seleção (E/S) que permitiram a escolha do corpus documental de textos empíricos que serão trabalhados posteriormente na etapa de perquisição/demarkação (P/D). O número de textos selecionados nas duas etapas iniciais encontram-se descritos no Quadro 6, organizado de acordo com: a) as tradições discursivas escolhidas para a composição do presente estudo; b) as bases de dados (MEDLINE e LILACS); c) palavras-chaves utilizadas; d) localização das palavras-chaves no texto (todos os campos, resumos e/ou título).

Tradição discursiva	Base de dados	Palavra-Chave	Local	Total de textos captados	Nº de textos escolhidos após a leitura dos Títulos (Fase I/C)	Nº de textos escolhidos após a leitura dos Resumo (Fase I/C)	Total de textos selecionados (Fase I/C)	Nº de textos selecionados na Fase E/S	Total de textos trabalhados na Fase P/D (Corpus final)
Medicina Centrada no Paciente	MEDLINE	Patient Centered Medicine	Todos os campos	655	133 (de 655)	92 (de 133)	92	45 (de 92)	34 (de 45)
Medicina Baseada em Narrativa	MEDLINE	Narrative Medicine	Todos os campos	415	108 (de 415)	45 (de 108)	45	21 (de 45)	21 (de 21)
Abordagem integral (comprehensive care)	MEDLINE	Comprehensive care	Todos os campos	61.999	-----	-----	-----	-----	-----
			Título	83	37 (de 83)	26 (de 37)	26	19 (de 26)	9 (de 19)
Integralidade “como boa prática médica”	LILACS	Integralidade	Todos os campos	49	13 (de 49)	9 (de 13)	9	6 (de 9)	6 (de 9)
		Integral	Todos os campos	667	-----	-----	-----	-----	-----
		Integral	Título	99	36 (de 99)	19 (de 36)	19	8 (de 19)	6 (de 8)
TOTAL				1.301	327	191	191	99	76

Quadro 6. Resultado do processo de seleção de textos nas fases de classificação/inspeção e exame/seleção.

Após o processo de exame/seleção e identificação dos textos empíricos de cada tradição discursiva, iniciou-se a etapa denominada de *perquisição/demarkação* composta pela leitura vertical e horizontal dos textos empíricos referentes às quatro tradições discursivas estudadas.

O processo de leitura vertical do material empírico foi realizado a partir da releitura completa dos textos, da seleção de trechos (partes dos textos) e da classificação destes fragmentos textuais de acordo com as categorias analíticas apresentadas anteriormente dando início ao processo de “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre o leitor e os artigos.

A partir da releitura dos trechos selecionados na etapa anterior, realizou-se o exercício hermenêutico de buscar compreender “o quê o texto fala” e “do que o texto fala” com o auxílio da Matriz de Fusão de Horizontes descrita anteriormente.

No segundo momento, a partir do material empírico resultante da leitura vertical, procedeu-se à leitura horizontal dos textos que resultou na composição de quadros contendo os fragmentos referentes aos textos empíricos das quatro tradições discursivas organizados segundo as categorias analíticas. A etapa seguinte consistiu na leitura das Matrizes de Fusão de Horizontes provenientes das etapas de leitura vertical e horizontal dos textos para a elaboração de um texto narrativo acerca de cada tradição discursiva, produzido de acordo com a perspectiva da pesquisadora mediante ao processo hermenêutico-interpretativo de Paul Ricoeur.

5. Aspectos da comunicação-interação entre médicos e pacientes segundo a perspectiva das tradições discursivas da década de 90

5.1 Medicina Centrada no Paciente

No processo de seleção de textos referentes à tradição discursiva da Medicina Centrada no Paciente, foram identificados textos oriundos de diversos países. Dos 34 textos selecionados ao total, 22 textos originavam-se respectivamente dos Estados Unidos, 7 textos da Inglaterra, 2 textos do Canadá e 4 textos de outros países (Austrália, Dinamarca, Nova Zelândia e Suíça).

Em virtude da produção dos textos encontrarem-se concentradas principalmente em três países (EUA, Inglaterra e Canadá) seria imprescindível, para uma compreensão mais ampliada tradição discursiva da Medicina Centrada no Paciente, traçarmos um breve panorama acerca dos referenciais que norteavam a organização e financiamento dos Sistemas de Saúde e das possíveis influências deste contexto político-econômico nas formas em que eram estabelecidos os processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes na década de 90.

A qualidade da comunicação e interação entre médicos e pacientes, na primeira metade da década de 90 nos EUA, encontravam-se direta ou indiretamente influenciada por fatores relacionados a questões de ordem econômica resultantes das crises políticas evidenciadas a partir da década de 70.

A redução de custos na área da saúde, nesta época, constituía uma das estratégias fundamentais à restituição do equilíbrio econômico dos países norte-americanos, pois na década de 70, “o embargo árabe do petróleo fez os americanos perceberem que os (...) recursos (*financeiros*) eram finitos.”¹¹ (ANGELL, 1993:281)

Após a implantação, em 1966, dos programas de saúde norte-americanos - *MEDCARE* e *MEDICAID* - ambos restritos a grupos populacionais específicos, tais como idosos e populações em situação de exclusão social, o restante da população, não beneficiada de forma universal pelos programas governamentais, só poderiam

¹¹ “In the 1970s, the Arab oil embargo made Americans realize that our resources were finite.”

ter acesso aos serviços de saúde mediante pagamento efetivado a empresas/seguradoras privadas.

Diante deste contexto, a redução de gastos e, por conseguinte o aumento dos lucros eram considerados objetivos centrais para as instituições norte-americanas (privadas) de saúde. Estas questões econômicas passam a impulsionar um movimento gradativo de regulação das práticas de saúde, a partir do estabelecimento de diversas estratégias de remuneração do trabalho médico.

A diminuição da proporção de tempo gasto pelos médicos junto aos pacientes a cada encontro poderia representar um maior número de atendimentos realizados (produtividade), gerando por sua vez um maior lucro para as empresas privadas em detrimento da diminuição da qualidade das ações de atenção à saúde e dos processos de comunicação e interação estabelecida entre os sujeitos.

Algumas das formas de remuneração proporcionadas pelas instituições e empresas de saúde estimulavam financeiramente, através de um perverso sistema de reembolso, os médicos que restringissem ao máximo o diálogo estabelecido junto aos pacientes durante as consultas (ARNOLD; FORROW, 1990:796), fato que demonstrava a grande influência das políticas financeiras e institucionais, nas formas de comunicação e interação no encontro clínico.

Diante deste contexto político e econômico, imputou-se aos médicos uma nova atribuição: além de realizar a atenção à saúde dos pacientes, também deveriam cuidar dos interesses das empresas e instituições de saúde a fim de “poupar recursos econômicos para a sociedade.”¹² (ANGELL, 1993:279)

"Antes de 1980 - era geralmente aceito que a única obrigação do médico era cuidar de cada paciente. O médico foi fiduciário do paciente ou seu representante, e o médico agia somente de acordo com o interesse do paciente. Agora tudo isso mudou (...) Os médicos já não são apenas os agentes para seus pacientes. Eles agora são agentes para as necessidades da sociedade também (...) agentes duplos, que deverão decidir se os benefícios do tratamento de seus pacientes valem os custos para a sociedade.”¹³ (ANGELL, 1993:279)

¹² “to save resources for society”

¹³ “Before 1980 — it was generally agreed that the doctor's sole obligation was to take care of each patient. The doctor was the patient's fiduciary or agent, and the doctor was to act only in the patient's interest. Now all that has changed.(...) doctors are no longer simply agents for their patients. They are now agents for society's needs as well. (...) double agents, expected to decide whether the benefits of treatment to their patients are worth the costs to society.”

O médico passa então a ter de atuar como um “agente duplo” (ANGELL, 1993:280) – centrado tanto no cuidado do paciente como nos interesses políticos e econômicos das empresas e instituições privadas norte-americanas - a fim de que os recursos para a sociedade fossem devidamente resguardados em virtude das restrições financeiras impostas pelos elevados gastos na área da saúde.

A exigência desta “dupla atuação” médica poderia em maior ou menor grau, potencializar a geração de conflitos de interesse entre médicos, pacientes e instituições, uma vez que algumas decisões e restrições – diagnósticas e/ou terapêuticas - impostas aos pacientes em determinados casos, estariam pautadas, sobretudo nas questões de ordem econômica.

"Fazer saúde tornar-se mais eficiente inevitavelmente significa que os médicos têm a dizer 'não' para alguns pacientes. (...) Como os pacientes podem ter certeza de que eles estão dizendo 'não' pelas razões certas, ou seja, por razões que podem finalmente estar relacionadas a demandas razoáveis de seu próprio bem-estar, mais do que o próprio interesse dos médicos ou dos lucros das corporações?"¹⁴ (CHURCHILL, 1997:119)

Diante disso, a qualidade das práticas médicas e das formas de comunicação-interação, se equiparados às necessidades de redução de custos impostas pelo Estado e/ou pelas empresas privadas no EUA, passam a assumir um papel secundário diante deste contexto.

Por outro lado, na Inglaterra, podemos evidenciar, especialmente no período compreendido entre as décadas de 40 a 90, a elaboração de importantes propostas de transformação das políticas públicas de saúde. A proposta de nacionalização e a universalização do acesso a todos os serviços de saúde (ANDRADE; LISBOA, 2000), implementada pelo Parlamento inglês no ano de 1946, associada ao incentivo voltado a uma maior racionalização da utilização de serviços médicos especializados intermediados pela ação dos médicos generalistas (*gatekeepers*), em 1989, constituíram duas das principais reformas do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Reino Unido. (ANDRADE; LISBOA, 2000)

¹⁴ "Making health care delivery more efficient inevitably means that physicians will have to say "no" to some patients. (...) How can patients be sure that they are being told "no" for the right reasons, that is, for reasons that can finally be referenced to the reasonable demands of their own well-being, rather than to the self-interest of doctors or the profits of corporations?"

A partir do movimento de reforma do sistema de saúde do Reino Unido, em 1946, “todo cidadão inglês tinha o direito de se associar à carteira de um médico generalista (...) responsável pelo cuidado primário assim como por realizar todos os encaminhamentos para os médicos especialistas e prescrição de remédios” (ANDRADE; LISBOA, 2000:83), fato que caracterizava uma proposta de acesso universal à saúde como um direito garantido aos cidadãos ingleses.

Ao final da década de 80, a universalização do acesso ao SNS da Inglaterra, mostrou-se financeiramente insustentável devido ao crescente aumento da demanda - em virtude do livre acesso da população aos serviços de saúde, instituído de forma não regulada - associada a uma necessidade de restrição orçamentária imposta fundamentalmente pelos gastos excessivos.

Para tanto, uma das inovações propostas na Reforma de 1989, para a regulação do acesso aos serviços médicos de especialidades, consistiu no amplo investimento nos cuidados primários à saúde cujo “objetivo principal dos instrumentos institucionalizados com a reforma era de determinar o uso mais racional dos encaminhamentos médicos designados pelo médico generalista.” (ANDRADE; LISBOA, 2000:87)

A partir da década de 90, os cuidados primários passam a configurar-se como uma das importantes estratégias de manutenção do acesso universal à saúde pela população inglesa em virtude da possibilidade de expansão da assistência médica cujo financiamento era provido pelo Estado, assim como a regulação e racionalização da utilização de serviços médicos especializados pelos médicos generalistas.

Diante disso, os cuidados primários à saúde, passam a integrar um dos principais eixos norteadores das práticas de saúde do Reino Unido, uma vez que as reformas do SNS inglês almejavam a ampliação do acesso aos serviços médicos e a redução de gastos – objetivos estes também identificados nas políticas de saúde norte-americanas.

Além disso, as reformas do sistema de saúde do Reino Unido em 1946 e 1989 almejavam, sobretudo, qualificar os serviços prestados à população mediante a elaboração de políticas públicas de financiamento dos serviços na qual o Estado assumia plenamente a responsabilidade pela gestão e regulação dos recursos com o intuito de proporcionar uma cobertura universal e equânime para a população inglesa na década de 90.

"A década de 1990 será vista como a década em que a política do governo do Reino Unido não apenas pediu para colocar o paciente no centro de prestação de cuidados de saúde, mas criou a mais ampla reforma do Sistema Nacional de Saúde. (...) Foi proclamado o princípio de que o serviço de saúde deve ser um serviço ágil, um que seja 'sensível às necessidades e desejos dos pacientes e cuidadores.'¹⁵" (NEWMAN, 1997:357)

Por outro lado, grande parte da gestão e regulação dos recursos financeiros nos Estados Unidos encontrava-se ao encargo das empresas privadas de saúde, ficando sob responsabilidade do Estado apenas o financiamento e controle dos programas destinados a determinados grupos populacionais – MEDCARE e MEDICAID.

"O desenho institucional do sistema americano é bastante diferenciado dos sistemas canadense e inglês. Enquanto que nesses dois países o Estado é responsável pelo financiamento dos serviços de atenção à saúde para toda a população, na economia americana o financiamento desses serviços para a população economicamente ativa é realizado de forma privada. A participação do Estado no financiamento desses serviços se restringe principalmente a garantir o acesso a esses serviços à população idosa e indivíduos de baixa renda ou inabilitados ao trabalho(...)." (ANDRADE; LISBOA, 2000:89)

Portanto, o Governo norte-americano não se encontrava substancialmente comprometido em prover o acesso universal aos serviços de saúde à população e, devido ao sistema de reembolsos por capitação no qual "os médicos recebem um valor calculado em função do número de pacientes que atendem." (ANDRADE; LISBOA, 2000:91)

O enfoque dos serviços prestados pelas empresas privadas de saúde nos Estados Unidos encontrava-se centrado no aumento da produtividade (número de atendimentos médicos realizados) relegando ao segundo plano o cuidado centrado nos pacientes ao passo que, no Reino Unido as práticas médicas centradas nos pacientes configuravam-se como uma das grandes prioridades das políticas públicas de saúde.

No Canadá, a partir da década de 70, o sistema de saúde passa a ser constituído por duas modalidades de seguros financiados exclusivamente pelo Governo - um deles destinado à prestação de serviços médicos e outro voltado à

¹⁵ "The 1990s will be seen as the decade in which UK government policy not only sought to place the patient at the centre of health care delivery but created the most comprehensive reform of the NHS(...)" "It proclaimed the principle that the health service should be a responsive service, one which is "sensitive to the needs and wishes of patients and careers."

assistência hospitalar. Estes seguros públicos de saúde configuravam uma rede assistencial denominada *MEDCARE*. Em 1979, o Governo Federal do Canadá, instituiu uma Comissão destinada à avaliação dos serviços de saúde. Um dos principais resultados evidenciados pela Comissão demonstrou que, além dos recursos pagos pelo Seguro Nacional de Saúde, os serviços médicos e hospitalares cobravam dos usuários taxas complementares pela assistência prestada, fato que poderia comprometer a universalidade de acesso à saúde.

“Em 1979, foi empreendida uma revisão dos serviços de saúde pela Comissão Hall. Esta revisão referiu que a assistência médica no Canadá se situava entre as melhores do mundo; no entanto, advertiu que a faturação complementar pelos médicos - exigindo que os pacientes suplementassem o que lhes era pago pelo plano provincial - e as taxas de usuário impostas pelos hospitais estavam a criar um sistema de dois escalões que ameaçava a acessibilidade à assistência médica.” (HEALTH CANADÁ, 1999:3)

Assim como nos Estados Unidos e Inglaterra, o Canadá na década de 80, também fora marcado pela necessidade de contenção de gastos dispensados pelo Estado para o financiamento da assistência médica.

“A partir do início da década de 80, os gastos com a assistência médica começaram a exigir maiores frações dos recursos provinciais gerais, a ponto destes representarem entre 28% e 36% do programa de gastos provinciais. Responsável por tão grande proporção dos gastos provinciais, a assistência médica foi alvo de contenção dos custos e de maior eficiência pela maioria das províncias.” (HEALTH CANADÁ, 1999:7)

Diante desta constatação, em 1984, foi elaborado o *Canada Health Act*, no qual o Governo canadense comprometia-se a desenvolver estratégias a fim de garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde, administrado e financiado pelo poder público, que proporcionasse o acesso universal à população, por meio de rigorosas ações de avaliação e monitoramento das formas de pagamento dos serviços médicos, aliado à ações de coibição da cobrança de taxas complementares aos usuários do *MEDCARE*. (HEALTH CANADÁ, 1999)

Em relação às formas de organização do trabalho médico, observou-se um importante investimento do Governo do Canadá no nível de atenção primária, pois esta constituía uma das estratégias adotadas pelo sistema de saúde canadense (e inglês) no intuito de reduzir os gastos e racionalizar a utilização dos serviços de saúde por intermédio do médico generalista.

“Os médicos generalistas realizam o cuidado primário além de determinar o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas, realizar prescrição de remédios e de exames laboratoriais. A escolha do médico é livre. O médico tem total autonomia para designar o tratamento que julgar conveniente. Assim como na Inglaterra, o racionamento dos serviços é definido pelo médico que seleciona os pacientes com prioridade no tratamento.” (ANDRADE; LISBOA, 2000:83)

Diante disso, apesar da relativa contenção dos gastos públicos, o Estado canadense reconhece que um dos desafios centrais das práticas de saúde consiste na incessante busca pela excelência dos serviços prestados a partir das necessidades de saúde da população.

“Atualmente, o Canadá está a voltar a sua atenção para as questões a longo prazo relativas ao futuro do sistema nacional de saúde. Estas questões a longo prazo visam assegurar que o sistema de assistência médica continue a propiciar a obtenção de bons resultados em termos de serviços de saúde e de estado de saúde. Existe unanimidade geral (...) para tornar o sistema de cuidados de saúde mais sensível às necessidades e de alta qualidade, (a fim de) que se possa providenciar os necessários cuidados de saúde dentro de moldes eficazes e a custo acessível.” (HEALTH CANADA, 1999:8)

Conclui-se, portanto, que em comparação aos Estados Unidos, os sistemas de saúde de países do Reino Unido e o Canadá na década de 90, apresentam importantes diferenças em relação: a) as formas de financiamento dos serviços médicos (mais ou menos dependentes do setor privado ou público); b) ao papel do médico frente aos pacientes – papel de “duplo agente” interessado na contenção de gastos para o aumento dos lucros das empresas privadas ou o papel de facilitador da racionalização de recursos públicos exercido fundamentalmente pelos médicos generalistas (*gatekeepers*) de acordo com os padrões de qualidade especificados pela legislação do Estado; c) ao referencial norteador das práticas médicas – mais ou menos centradas nas necessidades dos pacientes; d) a forma de acesso aos serviços de saúde – universal ou dependente de pagamento dos serviços de saúde pela população.

A depender das formas de organização e financiamento dos sistemas de saúde as práticas médicas tendem a ser mais ou menos centradas nos pressupostos dos CPS. Por conseguinte os processos de comunicação-interação estabelecidos no encontro entre médicos e pacientes, foram influenciados diretamente por fatores políticos e econômicos peculiares a cada País, uma vez que a depender das características de cada sistema de saúde, o trabalho médico encontrava-se mais ou menos alinhado aos pressupostos sugeridos na Declaração

de Alma-Ata (1978) cujo reconhecimento das necessidades de saúde e elaboração de projetos de cuidado elaborados na perspectiva dos sujeitos em interação constituem premissas centrais.

Portanto, os contextos políticos e econômicos, aparentemente considerados externos ao encontro clínico, exercem uma importante influência na forma pelas quais médicos e pacientes comunicam-se e interagem.

A “passagem da medicina liberal à medicina tecnológica” (SCHRAIBER, 2008:21), caracteriza-se basicamente pela gradativa incorporação de aparatos tecnológicos, pela intensa fragmentação dos processos de trabalho, pela diminuição da autonomia médica frente às intenções de lucro das instituições e corporações privadas, estabelecendo uma confluência de fatores que, ainda na contemporaneidade, influenciam diretamente a forma como se estabelecem os encontros e relações entre médicos e pacientes.

A influência das formas de organização da sociedade capitalista na configuração da autonomia do trabalho médico, é materializada nas relações entre médicos e pacientes. (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994). Segundo os autores, a relação médico-paciente poderia configurar-se como um terreno básico de resolução dos conflitos criados entre o trabalho médico e a área de planejamento em saúde nos setores públicos. A fragmentação, a mercantilização e a crescente incorporação de tecnologias características da organização social capitalista passam a ameaçar os “parâmetros tradicionais de autonomia” médica. (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994: 4)

A busca pela preservação da autonomia médica, entendida como a liberdade para a tomada de decisões nos processos de trabalho, estabelece-se como um contraponto à organização social capitalista. O espaço de encontro entre médicos e pacientes, segundo os autores, configura-se como um espaço caracteristicamente em aberto, cuja “forte presença das incertezas e subjetividades” passa a ser “a garantia da preservação da autonomia, mesmo em situações mais restritivas”. (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994: 7)

Diante dos restritivos contextos políticos e econômicos e dos diversos modos de organização dos sistemas de saúde, a Medicina Centrada no Paciente emerge no Canadá, como uma das possíveis estratégias de qualificação das formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes na APS. Afim de elaborar as

bases teóricas da MCP identificamos, *a priori* as atitudes teórico-ideológicas dos autores em relação à temática da comunicação-interação entre médicos e pacientes.

Os autores utilizavam como referência para esta discussão inicial, outros estudos científicos elaborados especialmente ao final das décadas de 70 e 80, que serão descritos a seguir com o intuito de aprofundar a contextualização referente à temática da comunicação-interação entre médicos e pacientes segundo a perspectiva da MCP.

Os autores ARNOLD e FORROW (1990) utilizaram como referencial teórico, pesquisas que descreviam inúmeras dificuldades relacionadas à comunicação-interação no ato da realização do encontro entre médicos e pacientes. Segundo ARNOLD e FORROW (1990):

“A desvalorização da perspectiva dos pacientes pelos médicos se dá de diversas maneiras: pela interrupção dos pacientes nas descrições de seus problemas médicos, pela negligência em perguntar sobre os aspectos psicossociais da experiência do adoecimento, pelas falhas em fornecer informação sobre o seu adoecimento e tratamento e falha em envolver os pacientes na maioria das tomadas de decisões clínicas.¹⁶” (ARNOLD; FORROW, 1990:794)

As dificuldades citadas por ARNOLD e FORROW (1990) denotam que, no início da década de 90, o diálogo entre médicos e pacientes não privilegiava a intersubjetividade e a troca de saberes entre os sujeitos, mas uma conversação conduzida essencialmente pelos médicos geralmente a despeito da perspectiva dos pacientes acerca das experiências de adoecimento.

Ao ressaltar dificuldades em estabelecer formas de comunicação-interação, SKELTON (1997) identificou que as orientações médicas de cunho educativo restringiam-se a “instruções e explanações de convencimento (ao invés) verificar da compreensão do paciente a respeito das informações fornecidas.¹⁷” (SKELTON, 1997:153)

As ações educativas baseadas no fornecimento de informações e orientações médicas associadas a uma tentativa de convencimento dos pacientes constituem um

¹⁶ “Studies of doctor-patient communication show that physicians devalue the perspectives of patients in many ways: by interrupting patients descriptions of their medical problems, by neglecting to ask about the psychosocial aspects of the illness experience, by failing to give patients information about either their illness or their treatment, and by failing to involve patients in major clinical decisions.”

¹⁷ “(...) conveying instructions and explanations rather than ascertaining patient understanding of the information conveyed.”

modelo comunicacional de caráter *Informativo* (EMANNUEL & EMANNUEL, 1992), no qual o diálogo entre os sujeitos encontra-se norteado por saberes de cunho técnico-científico que nem sempre são compreendidos de forma clara pelos pacientes no ato do encontro.

Diante disso, a verificação da compreensão dos pacientes acerca das orientações médicas constituiria uma das estratégias comunicacionais nas quais o médico poderia ampliar o espaço de diálogo com o intuito de estabelecer uma interface entre as informações médicas técnico-científicas e o mundo-da-vida dos pacientes, e desta forma, desenvolver ações comunicacionais-interativas que considerassem os saberes de ambos os sujeitos envolvidos na interação, (re)configurando, desta feita, os diálogos estabelecidos no encontro clínico a fim de construir gradativamente um movimento de “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre médicos e pacientes.

Além disso, observamos que na primeira metade da década de 90, encontravam-se disponíveis pesquisas que buscavam relacionar as formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes a possíveis desfechos do encontro clínico. Segundo STREET (1992), a quantidade de informação fornecida pelo médico encontrava-se relacionada a uma maior “satisfação dos pacientes com cuidado, a adesão a regimes prescritos, a compreensão dos problemas médicos, e até mesmo a melhoria da saúde.”¹⁸ (STREET, 1992:977)

Ao destacar estas possíveis associações neste artigo, STREET (1992) demonstra que o deslocamento de um modelo comunicacional *paternalista* para o modelo *informativo* (EMANNUEL;EMANNUEL, 1992) poderia gerar múltiplos benefícios, aos pacientes além de ressaltar a importância do diálogo voltado ao compartilhamento de saberes técnico-científicos. Entretanto, o modelo *Informativo* se configura como um modelo comunicacional “uni-linear” (TEIXEIRA, 1997:11) no qual o médico (emissor) emite mensagens ao paciente (receptor) assumindo um papel de detentor exclusivo do conhecimento. No modelo *Informativo*, o diálogo entre médicos e pacientes a respeito das orientações fornecidas não necessariamente acontece, mas já constitui uma tentativa de superação do modelo *Paternalista*.

¹⁸ “patients' satisfaction with care, adherence to prescribed regimens, under-standing of medical conditions, and even health improvement.”

A partir de 1995, na segunda metade da década de 90, os autores passam a embasar-se em pesquisas relacionadas especificamente ao “Método Clínico Centrado no Paciente”, elaborado por STWEART et al. (1995) com o objetivo de estabelecer uma relação entre esta abordagem e possíveis desfechos e/ou resultados clínicos mais favoráveis. De acordo com LAW e BRITEN,(1995):

"Há crescentes evidências de que o **método centrado no paciente** alcança resultados positivos em muitas áreas, incluindo maior satisfação do paciente, melhor adesão em tomar a medicação, melhor controle da dor de cabeça, um melhor controle do diabetes e hipertensão e uma melhor recuperação dos sintomas indiferenciados.¹⁹" (LAW; BRITEN, 1995:520, grifos nossos)

Estas associações poderiam, mesmo que indiretamente, estimular a classe médica a valorizar a perspectiva dos pacientes no ato do encontro clínico, uma vez que, ao redirecionar o foco da consulta – de um foco centrado nas doenças para um centrado no paciente – poder-se-ia alcançar uma qualidade de cuidado muitas vezes não alcançada pela abordagem médica tradicional.

Os autores dos textos da MCP, a fim de deflagrar a discussão acerca da comunicação-interação entre médicos e pacientes utilizavam, principalmente no período de 1990 a 1994, referenciais que problematizavam “como” estabeleciam-se os diálogos entre sujeitos no encontro clínico. A partir de 1995, os autores incorporam, além destes referenciais, outras discussões relacionadas especificamente às bases teóricas da Medicina Centrada no Paciente. Observa-se, portanto, uma importante inflexão epistemológica na segunda metade da década de 90, uma vez que os autores passam a agregar ao seu discurso textual a abordagem centrada no paciente como uma das possibilidades de ressignificação dos diálogos entre médicos e pacientes especialmente no contexto das práticas de atenção primária à saúde.

A transformação das práticas de atenção à saúde para além da racionalidade biomédica foi evidenciada nos textos, a medida que os autores desenvolvem questões relativas à influência da biomedicina nas formas de comunicação-interação no ato do encontro entre médicos e pacientes.

¹⁹“There is increasing evidence that the patient-centred method achieves positive outcomes in many areas, including higher patient satisfaction, improved compliance in taking medication, better control of headache, better control of diabetes and hypertension and better recovery from undifferentiated symptoms.”

Segundo LARSEN, RISØR e PUTNAM (1997), a entrevista médica tradicional predominantemente conduz o diálogo de acordo com os pressupostos biomédicos, desconsiderando por vezes as questões relacionadas ao mundo-da-vida dos pacientes.

“Nas entrevistas típicas, a ‘voz da medicina’ controle e domina o discurso. Os pacientes, ao esforçarem-se para contar suas histórias e atribuir sentido a suas experiências vividas (a voz do ‘mundo da vida’) são interrompidos pelos médicos que ignoram o que eles dizem e transformam todo o conteúdo em termos de um quadro lógico biomédico.”²⁰ (LARSEN; RISØR; PUTNAM 1997:295)

O processo de tradução das narrativas dos pacientes para referenciais biomédicos, especialmente quando estas se referem às questões do “mundo-da-vida” dos pacientes, evidencia que as práticas médicas na década de 90, encontravam-se alicerçadas em horizontes de caráter normativo e reducionista. O desenvolvimento de recursos tecnológicos, introduzidos na prática médica nas últimas décadas, também se configurava como uma questão problemática, especialmente quando a utilização das tecnologias – voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças – passava a ocupar um lugar central nas práticas médicas em detrimento da compreensão das singularidades do “mundo da vida” dos pacientes. Segundo LEGGETT (1997), Os enormes avanços tecnológicos possibilitaram uma verdadeira revolução do manejo clínico das doenças, “mas esses avanços não foram adquiridos sem um grande custo à individualidade dos pacientes (...) se a individualidade dos pacientes é negada, então o manejo se torna somente dependente do estado da doença.”²¹ (LEGGETT, 1977: 97)

Não se trata de substituição dos avanços tecnológicos pela busca exclusiva das singularidades dos pacientes (ou vice-versa) no ato do encontro clínico, mas uma maior abertura médica aos discursos acerca do “mundo-da-vida”. Esta abertura poderia configurar um importante deslocamento: da escuta centrada na doença para uma escuta centrada no sujeito, especialmente nas práticas de atenção primária, na

²⁰ “In typical interviews the ‘voice of medicine’ comes control and dominate the discourse. Patient’s efforts to tell their stories and to provide a sense of their lived experience (the voice of ‘lifeworld’) are disrupted by physicians who ignore what they are saying and transform all content into terms and the logic of biomedical framework.”

²¹ “(...) but these advances have not been achieved without great cost to the individuality of patients.(...) if the individuality of the patient is denied, then management becomes solely dependent on the state of disease.”

qual “o médico generalista deve estar preparado para suprimir a urgência de fazer perguntas e adotar uma atitude de que está pronto para ouvir a história do paciente.”²² (LARSEN; RISØR; PUTNAM, 1997:296)

Entretanto, a formulação de perguntas é fundamental para que o diálogo aconteça, para que a compreensão acerca do que está sendo dito seja atualizada no momento do encontro. O que os autores questionam é a realização mecânica de perguntas apenas com o intuito de identificar sintomas patológicos e uma escuta seletiva, na qual não há espaço para outros tipos de narrativas. Este binômio - constituído por perguntas dirigidas à identificação dos sintomas de doenças, aliado à escuta seletiva das narrativas - poderia configurar um dos grandes obstáculos ao estabelecimento de um diálogo mais centrado nas necessidades de saúde dos pacientes.

O movimento analítico de conhecimento de algo por sua divisão nas suas partes constitutivas, característica das ciências naturais e da racionalidade científica cartesiana, ao ser transposta para o diálogo entre médicos e pacientes, resulta em uma clássica dissociação entre as doenças (objeto da medicina moderna) e o “mundo da vida” das pessoas (sujeitos). Entretanto, esta dissociação, segundo CASSEL (1995) não seria possível uma vez que:

“Não existem pessoas separadas de suas experiências passadas ou crenças, de suas famílias, das histórias e crenças familiares, de seus relacionamentos com os outros e com os seus corpos, sua cultura e sociedade, de seus papéis, e de seus comportamentos diários. Cada pessoa é um ser político.”²³ (CASSEL, 1995:377)

Segundo CASSEL (1995): “se a pessoa (doente ou saudável) é o assunto e objeto da medicina, então o conhecimento das pessoas toma o lugar ao lado da ciência como uma base fundamental do conhecimento.”²⁴ (CASSEL, 1995:385) “O

²² “(...) the GP must prepare herself by supressing the urge to ask questions and by adopting the attitude that she is ready to listen to the patient's story(...)

²³ “No persons exist apart from their past experiences or beliefs, their families, their family history and beliefs, heir relationships with others and with their bodies, their culture and society and their roles therein, and their diary behaviors. Every person is a political being.”

²⁴ “If the person (sick or well) is the subject and object of medicine, then knowledge of the person takes its place alongside science as a fundamental knowledge base.

paciente primeiro e a doença e a fisiopatologia através do paciente.²⁵ (CASSEL, 1995:381)

Para a transformação das práticas de cuidado à saúde, segundo estes autores, seria imprescindível o reconhecimento dos sujeitos e de suas dimensões do mundo-da-vida, de seus processos singulares de adoecimento, além das patologias que os afligem configurando um movimento de articulação entre os saberes técnico-científicos e os saberes práticos a fim de proporcionar um deslocamento de objeto das práticas médicas: do cuidado das doenças para o cuidado centrado no paciente.

Em relação ao modo de fundamentação das bases teóricas da MCP, observamos uma importante produção acadêmica ao longo de toda a década de 90, sendo que as pesquisas utilizavam basicamente recursos metodológicos quantitativos e estatísticos a fim de buscar compreender as formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes.

O método quantitativo de pesquisa científica, que historicamente legitima o discurso da racionalidade biomédica e o valida como uma verdade universal, ou seja, generalizável e incontestável, apresentava-se como o principal formato de pesquisa científica utilizada pelos autores dos textos, com a finalidade de prover evidências, reconhecidas pela comunidade científica, em relação às formas de comunicação entre médicos e pacientes e em relação às proposições delineadas pela tradição da MCP. Cabe ressaltar que, paradoxalmente, as proposições da MCP que pretendiam desenvolver abordagens interativas e comunicacionais contra-hegemônicas na prática biomédica, utilizavam, para fundamentação de suas proposições, recursos metodológicos cuja validade discursiva encontra-se embasadas nas pretensões de universalidade e neutralidade.

No entanto, a forma quantitativa de fundamentação destas proposições configura-se como uma possibilidade de evidenciar, mediante o uso de uma linguagem (matemática) indiscutivelmente aceita pela comunidade científica, questões latentes em relação à comunicação-interação entre médicos e pacientes, bem como associar estas novas modalidades comunicacionais a desfechos desejáveis tais como: maior satisfação dos pacientes, adesão aos tratamentos medicamentosos e melhor controle de patologias crônicas dentre outros. Este fato,

²⁵ "The patient first and the disease and pathophysiology through the patient."

por si, ressalta a importância destes estudos e da metodologia quantitativa para a discussão das práticas médicas centradas no paciente.

Geralmente as pesquisas quantitativas da MCP, utilizavam técnicas e instrumentos de coleta de dados tais como: a) aplicação de questionários por entrevistadores aos participantes das pesquisas compostos por perguntas fechadas e com a utilização de escalas do tipo *Five Point Likert-Type Scale* (prévia ou posteriormente à consulta médica); b) aplicação de questionários respondidos pelos próprios entrevistados; c) gravação de áudio do encontro entre médicos e pacientes (simulados e/ou reais); d) gravação de áudio e vídeo das consultas entre médicos e pacientes (simulados e/ou reais); e) codificação dos materiais de áudio e/ou áudio e vídeos coletados; f) observação das consultas clínicas e codificação os comportamentos de médicos e/ou pacientes em tempo real.

Em relação às análises dos dados coletados, observou-se uma preponderância das análises estatísticas conforme descrito por diversos autores de textos empíricos tais como: HARLESS et al. (1990), STREET (1992), LAW e BRITTEN (1995), SMITH et al. (1995), LANGEWITZ et al. (1998).

A aplicação de testes estatísticos para correlação entre variáveis (Teste Z, Teste t, Teste do Qui-Quadrado, teste de Mann-Whitney e testes de Wilcoxon entre outros), a análise de freqüências e de análises de covariância, configuram a maneira pelo quais as hipóteses formuladas pelos pesquisadores foram testadas e, de certa forma novamente evidenciam uma preponderância da utilização da linguagem matemática para a explicação e comprovação das formas como médicos e pacientes estabeleciam os processos de comunicação e interação.

Todas as técnicas e instrumentos de coletas e análise de dados descritos nestas pesquisas representam inúmeras possibilidades de investigação do processo comunicacional entre médicos e pacientes e caracterizam a MCP como corrente extremamente preocupada em desenvolver pesquisas referentes ao tema.

No estudo realizado por MARVEL (1993), mediante a gravação em áudio e vídeo de 200 consultas realizadas por cinco médicos de família com uma média de 16,6 anos de atuação na área, observou-se que a maioria das consultas (65% a 82,5%) foi centrada no paciente e cerca de 2,5% a 20% centradas no médico. Apenas 2,5% das consultas observadas, os médicos realizaram algum tipo de intervenção psicossocial junto aos pacientes, em 3,5% a 22,5% das entrevistas

observadas, os médicos de família foram capazes de lidar e responder as reações emocionais apresentadas pelo paciente durante a consulta (MARVEL, 1993).

A maioria dos médicos de atenção primária (82,5%) observados utilizou a abordagem centrada no paciente no encontro clínico, no entanto, apenas uma pequena porcentagem conseguiu manejar e/ou intervir nos problemas psicossociais identificados. A heterogeneidade observada em relação à abordagem utilizada pelos médicos, ressalta a importância dos processos de formação para atuação na atenção primária, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de habilidades de comunicação-interação que permitam o reconhecimento das necessidades de saúde dos pacientes. O manejo das necessidades psicossociais apresenta-se, na década de 90, como uma habilidade médica a ser desenvolvida e/ou trabalhada em equipe multiprofissional.

A média do tempo de consulta de acordo com os níveis de envolvimento dos médicos em relação às preocupações psicossociais dos pacientes - nível 1 (centradas no médico), 2 (centradas no paciente) e 3 (resposta às reações emocionais dos pacientes) - foram de 7 minutos e 39 segundos, 12 minutos e 11 segundos e 14 minutos e 11 segundos respectivamente, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). (MARVEL, 1993)

Segundo MARVEL (1993), o restrito tempo de consulta “evidencia um dilema enfrentado por muitos médicos de família: as necessidades conflitantes de eficiência *versus* o tempo *versus* o desejo de cuidar das necessidades psicológicas, bem como das necessidades biomédicas dos pacientes.”²⁶ (MARVEL, 1993:632)

As três abordagens descritas pelos autores foram realizadas em um tempo inferior a 15 minutos (tempo preconizado de consulta em diversos países como Brasil e Inglaterra). No entanto, a depender das singularidades e das necessidades de saúde de cada paciente, o tempo destinado às consultas de atenção primária (15 minutos) seria considerado insuficiente pelos profissionais e poderia dificultar a realização da abordagem centrada no paciente. Neste sentido, MARVEL (1993) busca demonstrar a viabilidade de realização da abordagem centrada no paciente no contexto de atenção primária (no tempo de consulta preconizado), mas não deixa

²⁶ “Office visits rated as level 2 (individual and family visits combined) were approximately 4 e 1/2minutes longer than level 1 visits (12 minutes 11 seconds vs 7 minutes 39 seconds, respectively). This finding highlights a dilemma faced by many family physicians: the conflicting needs of time efficiency vs the desire to care for the psychosocial as well as biomedical needs of patients.”

de assinalar a existência de um conflito vivenciado pelos médicos em seu cotidiano de práticas: a dificuldade de reconhecer e manejar problemas de diversas naturezas (biomédicas e psicossociais) no ato do encontro clínico em um tempo de consulta considerado restrito.

Na pesquisa realizada por EDWARDS et al. (1996), os pesquisadores descrevem um método de ensino-aprendizado que utiliza um processo de revisão das gravações de vídeos após as entrevistas médicas realizadas por residentes de Medicina Interna e Pediatria. Após a análise dos vídeos das consultas realizadas pelos residentes, apenas “20% lidaram com comportamentos não verbais, 17% identificaram preocupações psicossociais durante a visita, 15% estabeleceram uma relação de confiança e cuidado e (...) 13% fizeram uso de habilidades de escuta ativa.”²⁷(EDWARDS et al., 1996:746).

Do total de consultas analisadas 70% foram focadas na avaliação e manejo de problemas clínicos particulares (EDWARDS et al., 1996), o que demonstra que as entrevistas realizadas por estes residentes eram essencialmente norteadas pelo modelo tradicional (biomédico) centrado nas doenças. Além disso, algumas habilidades de comunicação-interação, tais como, escuta ativa, observação e manejo de comportamentos não verbais, estabelecimento de interações de confiança e cuidado não foram observadas na maioria das entrevistas.

O estudo realizado por EGGLY et al. (1997), apresentava como objetivo avaliar a capacidade dos residentes de Medicina Interna em fornecer “más notícias” – relativas ao diagnóstico de câncer de pulmão - a pacientes simulados. As entrevistas foram gravadas em vídeo e codificadas utilizando-se um instrumento de avaliação das habilidades de comunicação-interação dos residentes composto por 16 itens (do tipo *Five-Point Likert Scale*). Uma pontuação superior ou igual a quatro (4) indicaria competência na habilidade mensurada.

A média total de pontuação relativa a todos os 16 itens do Instrumento de avaliação foi de 3,42 (inferior à pontuação considerada desejável). Apenas seis itens dos 16 totais, apresentaram pontuação superior a quatro: desvelamento de toda a verdade (pontuação 4,51), realizar perguntas diretamente (4,24), discussão de planos de tratamento e curto e longo prazo (4,26), escuta (4,26), contato visual

²⁷ “20% dealt with nonverbal behaviors, 17% with identifying psychosocial concerns during the visit, 15% with establishing a trusting and caring relationship, (...) 13% with the use of active listening skills.”

(4,75), postura atenta (4,69) sendo que os demais itens do instrumento de avaliação apresentaram uma pontuação inferior ao ponto de corte estipulado pelos autores tais como: explorar a percepção dos pacientes acerca do problema/diagnóstico após o fornecimento do diagnóstico de câncer de pulmão (2,58), explorar o conhecimento do paciente sobre câncer (1,51), fornecimento de informações apropriadas (3,34), utilização de linguagem adequada (3,47), explorar como o paciente deseja receber a notícia (1,15), fornecer respostas emocionais (2,79), responder a emoções de forma verbal e/ou não verbal (3,27), oferecer esperança (3,77), explorar as redes de suporte do paciente (3,14), estabelecer disponibilidade e comprometimento (3,27). (EGGLY et al. 1997)

De acordo com os resultados apresentados acima, as habilidades comunicacionais relativas ao fornecimento de “más notícias” aos pacientes encontrava-se aquém do desejado, justificando o desenvolvimento de estratégias pedagógicas voltadas ao ensino-aprendizado destas habilidades e atitudes tanto na graduação como nos programas de residência médica.

Os principais resultados de um segundo estudo realizado por MARVEL et al. (1999), demonstram que em apenas 28% das consultas observadas os pacientes conseguiram expressar suas preocupações durante o encontro clínico, sendo que “o número de solicitações médicas (perguntas referentes às preocupações dos pacientes) foi positivamente associado com o número de preocupações expressas pelo paciente ($R^2 = 0,42$, $p < 0,001$).²⁸” (MARVEL, 1999: 285)

A “relação entre o número de preocupações expressas e o tempo de visita foi estatisticamente significativo ($F_7 = 10,36$, $p < 0,001$).²⁹” (MARVEL et al., 1999:285)

Os médicos mais experientes perguntaram sobre as preocupações do paciente em 75,4% das consultas sendo que “as preocupações dos pacientes foram finalmente concluídas em apenas 8% das visitas.³⁰” (MARVEL et al., 1999:285)

Os autores identificaram “comportamentos específicos dos médicos que impediam a identificação completa das preocupações dos pacientes, tais como, não perguntar sobre temas que os pacientes gostariam de discutir com os médicos

²⁸ “the number of physician solicitations was positively associated with the number of concerns expressed by the patient ($R^2 = .42$, $P, .001$).”

²⁹ “the relationship between the number of concerns expressed and visit length was statistically significant ($F_7 = 10.36$, $P, .001$).”

³⁰ “the patient concerns were eventually completed in 8% of the visits.”

(24,6%) e realizar perguntas fechadas após uma solicitação referente a estes temas (28,4%).³¹ (MARVEL et al., 1999:286)

A pesquisa realizada por STREET (1992) buscou analisar os efeitos das interações comunicativas entre médicos, pacientes pediátricos e seus familiares em relação a determinados desfechos e evidenciou que a satisfação dos pais estava relacionada à capacidade médica de estabelecer um diálogo que permitisse o entendimento das informações médicas ($r = 0,61$, $p < 0,001$), à capacidade e sensibilidade dos médicos na relação interpessoal ($r = 0,58$, $p < 0,001$) e a possibilidade de estabelecer relações de parceria junto aos pais voltadas ao cuidado de seus filhos ($r = 0,33$, $p < 0,001$). (STREET, 1992)

Além disso, “os pais expressaram uma maior satisfação com falas médicas menos diretivas ($r = -0,25$, $p < 0,01$) e mais centradas no paciente ($r = 0,22$, $p < 0,05$)³²” e “relataram que aprenderam mais sobre a saúde da criança e sobre o tratamento ao interagir com os médicos que oferecem mais informação, tanto em termos absolutos ($r = 0,28$, $p < 0,01$) quanto proporcionais ($r = 0,20$, $p < 0,05$).³³” (STREET, 1992:981)

Cabe ressaltar que o discurso médico menos assertivo ($r = -0,46$, $p < 0,001$ medida absoluta; $r = -0,22$, $P < 0,05$ medida proporcional), aliado a um menor fornecimento de informações ($r = -0,24$, $p < 0,05$) e uma atitude centrada no paciente ($r = 0,18$, $P < 0,05$) foram associados à uma maior sensibilidade interpessoal dos médicos, segundo a percepção dos pais entrevistados. (STREET, 1992)

Em uma pesquisa realizada por JOOS, HICKAM e BORDERS (1993), identificou-se que a “satisfação dos pacientes com o trabalho médico foi positivamente correlacionada com a porcentagem de expectativas (relacionadas ao trabalho médico e a consulta clínica) que foram cumpridas ($r = 0,25$, $p < 0,002$)³⁴” (JOOS; HICKAM; BORDERS, 1993: 756) pelos médicos durante a consulta.

³¹ Specific physician behaviors that prevented the complete identification of patient concerns included failing to solicit the patient's agenda (24.6%) and asking a closed-ended question following a solicitation (28.4%).

³² “parents expressed greater satisfaction with less directive ($r = -0.25$, $P < 0.01$) and more patient-centered doctors ($r = 0.22$, $P < 0.05$).”

³³ “Parents reported that they learned more about the child's health and treatment when interacting with physicians offering more information, both in an absolute sense ($r = 0.28$, $P < 0.01$) and proportionally ($r = 0.20$, $P < 0.05$).”

³⁴ “satisfaction was significantly and positively correlated with the percent of desires that were met ($r = 0.25$, $P < 0.002$)”

Por outro lado, “a satisfação dos pacientes foi inversamente correlacionada com o percentual de expectativas não cumpridas ($r = -0,28$, $p < 0,001$)³⁵” (JOOS; HICKAM; BORDERS, 1993:756) pelos médicos no encontro clínico.

Segundo a MCP, o reconhecimento das expectativas dos pacientes em relação à consulta e/ou ao trabalho médico, também poderiam ser incorporadas aos projetos de cuidado a fim de buscar garantir um maior grau de satisfação em relação ao encontro clínico.

A pesquisa realizada por KINMONTH et al. (1998), comparou os desfechos das intervenções realizadas ao longo de um ano por dois grupos multiprofissionais (grupo de intervenção com treinamento da abordagem centrada no paciente e o grupo controle sem nenhum tipo de treinamento específico) junto a pacientes com diagnóstico recente de Diabetes Mellitus tipo 2. Os pacientes atendidos pelo grupo de intervenção, que realizaram a abordagem centrada no paciente, demonstraram uma maior satisfação com a comunicação dos profissionais e com o tratamento clínico oferecido. (KINMONTH et al., 1998)

Observou-se que os pacientes atendidos por ambos os grupos (de intervenção e controle) apresentaram uma melhora da ingestão de fibras e de gorduras insaturadas na avaliação realizada após um ano. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

Em relação ao controle dos fatores de risco para doença cardiovascular a concentração média da hemoglobina glicosilada estava próxima dos valores normais, sendo que no grupo de intervenção estas medidas encontravam-se 0,24% inferiores se comparadas ao grupo de controle (quando ajustado neste modelo este dado não apresentou-se como estatisticamente significativo). A concentração de triglicérides encontrava-se mais elevada no grupo de intervenção se comparada ao grupo controle. O índice de massa corporal (IMC) dos pacientes atendidos pelo grupo de intervenção (treinado) apresentou uma menor redução de peso (perda de 0,75 kg) se comparados ao grupo controle (perda de 1,74Kg) – diferença ajustada 0,6kg, $p < 0,41$ e (KINMONTH et al. 1998)

Entretanto, o estado funcional e psicológico dos pacientes atendidos pelo grupo de intervenção apresentou-se mais favorável e o escore de bem-estar foi

³⁵ “and was negatively correlated with the number of desires that were not met ($r = -0.28$, $P < 0.001$).”

significativamente mais elevado neste grupo se comparado ao grupo controle. (KINMONTH et al.,1998)

Apesar das correlações e resultados apresentados, os autores ressaltam a dificuldade de integrar o cuidado voltado para o bem-estar ao manejo de risco de doenças e ressaltam que, ao utilizar a abordagem centrada no paciente o médico não deveria perder o foco na doença (KINMONTH et al.,1998). Este discurso, novamente traduz uma importante polarização entre ambas as abordagens - centrada na doença e centrada no paciente - inclusive ao longo da graduação médica, cujo ensino-aprendizado encontra-se pautado fundamentalmente na abordagem biomédica. Acredita-se, portanto, que um dos grandes desafios impostos pela MCP à prática médica da contemporaneidade seria a superação da tradicional polarização entre o cuidado da doença **ou** o cuidado do paciente, em prol de uma proposta de cuidado dos sujeitos de acordo com suas necessidades e especificidades, na qual o cuidado das doenças encontra-se obviamente incluído.

A pesquisa realizada por KINNERSLEY et al. (1999) apresentava como objetivo central relacionar a abordagem da MCP a determinados desfechos, tais como, satisfação dos pacientes, estabelecimento de acordos em relação à natureza do problema, resolução de sintomas, resolução de preocupações, nível funcional e de saúde. No entanto, apenas a satisfação dos pacientes apresentou-se correlacionada positivamente com esta abordagem ($p < 0,002$) sendo que as demais correlações não apresentaram associações estatisticamente significativas. (KINNERSLEY et al., 1999)

A revisão de literatura realizada por STWEART et al. (1995) na primeira metade da década de 90 foi embasada na busca por evidências científicas que relacionassem a abordagem centrada no paciente a possíveis benefícios para a saúde dos usuários e/ou para os serviços. STWEART et al. (1995) identificou a elaboração de 11 ensaios clínicos randomizados e 10 estudos observacionais referentes ao tema. Os resultados apontaram 16 associações positivas dos componentes comunicacionais da MCP em relação a melhores resultados de saúde, 4 associações negativas e apenas 1 estudo inconclusivo. (STWEART et al., 1995: 187)

Os modos de fundamentação das proposições da MCP pautadas na metodologia quantitativa foram contestados por pesquisadores, apenas ao final da década de 90, precisamente no ano de 1999, mediante a utilização de métodos

qualitativos de investigação para a compreensão das formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes.

A discussão emblemática proposta por BARTZ (1999), ao discutir as limitações da utilização de métodos quantitativos para a compreensão das formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes, reflete de forma geral um questionamento crucial para a construção de uma nova perspectiva acerca desta temática. Segundo BARTZ (1999), a metodologia qualitativa estaria sendo freqüentemente relegada ao segundo plano como uma possibilidade de compreender os processos comunicacionais e interativos entre médicos e pacientes, devido à constante busca por generalizações representadas pela utilização de métodos quantitativos de pesquisa. O autor reforça a importância de aliar aos métodos de pesquisa quantitativos, metodologias qualitativas que permitam o exame:

“das formas como as narrativas dos pacientes são desenvolvidas pelos médicos em diferentes ambientes e que permitam a exploração das inter-relações entre as narrativas específicas dos pacientes e o conteúdo e qualidade das interações entre médicos e pacientes.”³⁶ (BARTZ, 1999:606)

A proposta aventada por BARTZ (1999) acerca da potencialização do uso das metodologias qualitativas não se encontra, de forma alguma, associada a um reforço da dicotomia entre as ciências da natureza e as ciências do espírito, mas sim uma tentativa de ampliação de horizontes em relação às formas de compreensão dos encontros entre médicos e pacientes. Ao considerar a perspectiva dos sujeitos (entrevistados) e dos pesquisadores, imprescindível à construção do conhecimento – sem a pretensão de neutralidade preconizada pela metodologia quantitativa – o método qualitativo poderia potencializar e aprofundar a compreensão dos processos comunicacionais estabelecidos em ato, uma vez que a metodologia quantitativa não pretende tal imersão.

Apenas dois dos textos empíricos da Medicina Centrada no Paciente publicados no ano de 1999 na base de dados MEDLINE utilizaram a metodologia qualitativa para a compreensão dos processos comunicacionais entre médicos e

³⁶ “Further qualitative research should examine the way patient-specific narratives are developed by physicians practicing in different clinical environments and explore the interrelationships between patient-specific narratives and the content and quality of physician-patient interactions.”

pacientes, mediante a técnica de entrevistas (em profundidade) e análises interpretativas dos discursos dos sujeitos entrevistados.

No estudo realizado por BARTZ (1999), os dados foram apresentados no formato de tabelas que continham trechos do material coletado, organizadas após a realização da análise de discurso, seguida de análises interpretativas apoiadas por diversas referências bibliográficas. Após a análise dos dados, o autor conclui que “o estudo demonstrou que o modelo biopsicossocial da doença pode atualmente entrar em conflito com a abordagem comunicacional centrada no paciente.”³⁷ (BARTZ, 1999:605).

O modelo biopsicossocial (BPS) das doenças³⁸, amplamente discutido nas décadas de 70 e 80, configurava-se na época, como uma proposta contra-hegemônica dos modelos que consideravam somente a influência dos fatores biológicos como determinantes do estado de saúde de indivíduos e populações. O BPS das doenças configurou-se, como um movimento que buscava associar o desenvolvimento de patologias a fatores psicológicos e sociais, além dos determinantes biológicos. Neste sentido, este modelo, apresentava como enfoque principal, a busca por uma melhor compreensão das dimensões psicológicas e sociais pelos médicos, com o intuito de impulsionar uma prática médica não apenas centrada nos aspectos biológicos de cada paciente, mas que também considerasse os aspectos psicossociais, como fatores que também poderiam influenciar o processo saúde-doença de indivíduos e populações.

Entretanto, segundo BRODY (1999), o modelo BPS considera que tanto as dimensões biológicas quanto as dimensões psicossociais deveriam ser investigadas, mas aborda periféricamente as questões relacionadas à comunicação-interação entre médicos e pacientes.(BRODY, 1999:1)

BARTZ (1999) também compreende que “o modelo biopsicossocial integra teorias da doença, e não modelos de interações para a prática da medicina de família.”³⁹(BARTZ, 1999:605)

³⁷ “This study demonstrates that biopsychosocial models of disease may actually conflict with patient-centered approaches to communication. Biopsychosocial models are integrated theories of disease, not models for physician-patient interactions in family practice.”

³⁸ O termo modelo biopsicossocial das doenças refere-se a corrente de pensamento que busca ampliar os determinantes causas dos processos patológicos outrora restritos à dimensão puramente biológica.

³⁹ “Biopsychosocial models are integrated theories of disease, not models for physician-patient interactions in family practice.”

Diante da perspectiva de ambos autores, identifica-se a necessidade de desenvolver outras formas de comunicação-interação que possibilitassem a abordagem das dimensões psicológicas e sociais dos pacientes, uma vez que o modelo BPS (das doenças) discute, sobretudo, a importância do reconhecimento de outros fatores, para além dos fatores biológicos, como forma de explicar o desenvolvimento de processos patológicos em indivíduos e populações.

Neste sentido, a abordagem centrada no paciente é também considerada como herdeira do pensamento expresso pelo modelo biopsicossocial das doenças, à medida que se propõe a desenvolver estratégias e formas de conversação-interação (diálogo) voltadas à compreensão de outras questões, para além das dimensões biológico-patológicas além de sugerir que “o médico utilize esse conhecimento integrado do paciente como um todo com um quadro ético particular que respeita o direito e a dignidade dos pacientes e, considera com muita seriedade as metas de vida e os projetos dos pacientes.”⁴⁰ (BRODY, 1999:2)

O texto *Teaching self-awareness enhances learning about patient-centered interviewing*, elaborado por SMITH et al. (1999), descreve uma metodologia qualitativa para avaliar o ensino-aprendizado voltado a aumentar a auto-consciência dos residentes em relação a atitudes que poderiam influenciar o desenvolvimento de uma entrevista centrada no paciente.

Em relação às atitudes observadas pelos preceptores durante as consultas realizadas pelos 53 residentes participantes do treinamento, vinte e seis residentes apresentaram uma atitude predominantemente controladora, 6 residentes foram considerados passivos, 3 residentes foram classificados com um comportamento passivo-agressivo, 3 apresentaram uma atitude demonstrativa no decorrer do encontro, 1 residente apresentava uma atitude depressiva, e os demais (14 residentes) uma atitude considerada mista. (SMITH et al., 1999)

Além disso, foram identificadas cinco categorias de respostas ao treinamento proposto: seis residentes apresentaram falhas na realização das atividades de autoconsciência, nove residentes apresentaram um progresso mínimo em relação as atitudes negativas, 23 apresentaram um importante progresso nas atitudes e

⁴⁰ “The patient-centered models suggest that the physician ought to use this integrated knowledge of the patient as a whole person within a particular ethical framework that respects the patient’s basic rights and dignity, and takes very seriously the patient’s own life goals and projects.”

habilidades de entrevista, 12 obtiveram um excelente progresso e 3 residentes foram considerados sem algum progresso em relação as atitudes pois já apresentavam uma ótima capacidade destinada a entrevista centrada no paciente. (SMITH et al., 1999)

Além destas descrições, os autores anexaram ao artigo os diários de campo elaborados pelos professores ao longo do processo de treinamento, no qual narravam as principais impressões acerca das entrevistas dos residentes junto aos pacientes.

Em relação aos resultados quantitativos da MCP, identificamos duas tendências de discurso referente à produção de evidências científicas na década de 90: a) a busca por uma compreensão dos processos de comunicação estabelecidos no encontro entre médicos e pacientes; b) a avaliação do impacto da utilização da MCP em relação aos resultados clínicos e de cuidado.

A primeira temática de pesquisa buscava ressaltar possíveis facilidades e/ou dificuldades dos processos comunicacionais e interativos estabelecidos entre médicos e pacientes a fim de evidenciar a importância da temática da comunicação interpessoal para a prática médica. A segunda área de pesquisa refere-se à procura de evidências científicas acerca das potencialidades e/ou fragilidades da abordagem centrada no paciente em relação aos resultados clínicos e de cuidado dos pacientes.

Em relação aos resultados das pesquisas qualitativas, obviamente, a potencialidade expressa pela identificação de apenas dois artigos, não se encontra associada à quantidade de textos encontrados no período e na base de dados estudada, mas sim ao contraste que estes textos propiciaram em relação ao demais, assim como as reflexões e questionamentos deles advindos: Que outros métodos de pesquisa poderiam ser empregados para a compreensão dos processos comunicacionais entre médicos e pacientes? Que tipos de instrumentos de coleta de dados poderiam ser utilizados? Que tipo de análise de dados poderiam ser empregadas para a construção de resultados aceitáveis para a comunidade científica e para os profissionais que atuam na atenção primária à saúde?

Tais questionamentos, dificilmente apresentariam uma resposta unívoca, pois se acredita que a compreensão dos processos de comunicação e interação entre médicos e pacientes exigiria a articulação de diversas metodologias de investigação, oriundas de variadas escolas de pensamento e diversas áreas de conhecimento –

as ciências da saúde, a filosofia, a sociologia, a antropologia, a educação dentre outras - em virtude da grande complexidade atribuída a esta temática.

O convite proposto pelos pesquisadores-autores dos textos empíricos, mediante aos diversos desenhos metodológicos apresentados, consiste justamente em buscar, incessantemente outros caminhos e possibilidades de investigação, outros horizontes que permitam um melhor entendimento acerca do processo de comunicação e interação entre médicos e pacientes, a fim de qualificar as práticas médicas da contemporaneidade, sem necessariamente buscar um desenho metodológico único ou superior em relação aos demais.

Conclui-se que, a proposição de novas tecnologias, assim como o modo de fundamentação das proposições da MCP, não se encontrava associada a um único recorte metodológico (quantitativo **OU** qualitativo), mas agrega recursos e métodos de diversas naturezas que permitem a construção do conhecimento em relação às formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes na década de 90.

É neste tipo de diversidade de recursos metodológicos apresentada nos artigos da MCP, que reside o impulso de criação de novas estratégias de investigação em relação ao tema, evidenciada ao longo da imersão de leitura dos textos, estratégias estas que não se encerram em si mesmas, mas que se encontram em constante processo de elaboração e desenvolvimento, e que se movimentam conforme emergem os questionamentos acerca de determinadas temáticas relacionadas às práticas médicas de um determinado período.

Neste momento, iremos discutir as bases teóricas propostas pela MCP de acordo com os textos selecionados previamente, a fim de buscar compreender as proposições desta tradição em relação à abordagem centrada no paciente.

No início da década de 90, o termo “centrado no paciente” encontrava-se associado à perspectiva de singularização dos sujeitos mediante ao reconhecimento do contexto do mundo-da-vida dos pacientes. Segundo ARNOLD e FORROW (1990) para que o cuidado fosse centrado no paciente seria fundamental:

“uma transformação do entendimento que inclui o contexto do mundo-da-vida dos problemas dos pacientes. O reconhecimento das distintas humanidades dos pacientes e o respeito pelo contexto de seus problemas no mundo-da-vida são ingredientes essenciais.”⁴¹ (ARNOLD; FORROW, 1990:795)

⁴¹ “(...)a transformation of understanding that includes the lifeworld contexts of patients' problems. Recognition of the distinctive humanity of patients and respect for the contextual grounding of their problems in their lifeworlds is the essential ingredient.”

O reconhecimento do contexto do mundo da vida dos pacientes, conforme apontado por ARNOLD e FORROW (1990), viria a constituir um dos conceitos estruturantes da MCP na segunda metade da década de 90, pois, possibilitaria a elaboração de projetos de cuidado singularizados, não restritos apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças tal como preconizado na Biomedicina.

Além disso, o diálogo, de acordo com a perspectiva da MCP, potencializaria a desejável articulação entre os saberes médicos técnico-científicos e as questões inerentes ao mundo-da-vida dos pacientes. Segundo ARNOLD e FORROW (1990) a “aplicação prática” dos saberes técnico-científicos estariam mediados pelo reconhecimento das singularidades dos sujeitos em relação ao processo saúde-doença, uma vez que a apreciação das experiências do processo de saúde-doença e o envolvimento dos pacientes em seu próprio cuidado “são essenciais se o médico quiser aplicar a sua expertise biotécnica de uma forma judiciosa e individualizada.”⁴² (ARNOLD; FORROW, 1990:796)

A MCP, também propõe aos pacientes uma maior autonomia em relação ao cuidado da própria saúde, que “o médico (generalista) se concentre mais na agenda do paciente e dê ao paciente a responsabilidade pelo seu próprio cuidado.”⁴³ (PURVES, 1996:538)

Esta noção de autonomia dos pacientes em relação ao cuidado à saúde, constitui uma contraposição às formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes baseadas no modelo paternalista (EMANUEL & EMANUEL, 1992) estritamente associado às práticas de caráter biomédico, uma vez que “o propósito do modelo centrado no paciente é um empoderamento pessoal e coletivo.”⁴⁴ (SKELTON, 1997:153)

Segundo LANGEWITZ (1998), a Medicina Centrada no Paciente propõe:

“uma mudança na relação médico-paciente longe de uma diretiva, principalmente, médico-centrada para um estilo de interação não-diretiva, uma comunicação mais centrada no paciente. Esse tipo de comunicação convida o paciente a participar na tomada de decisões e, em caso de

⁴² “(...) are essential if the physician is to apply his or her biotechnical expertise in a judicious, individualized manner.”

⁴³ “(...) the GP concentrates more on the patient's agenda and gives the patient the responsibility for his own care.”

⁴⁴ “The pupose of the patient-centred model is personal and collective empowerment.”

diferenças inclui a opção de negociar a respeito das diferenças.⁴⁵
(LANGÉWITZ, 1998:268)

A tomada de decisões de forma compartilhada novamente contrapõe-se à centralização pautada apenas no saber médico técnico-científico acerca do “o quê fazer” frente aos problemas e necessidades trazidos pelos pacientes. Ao considerarmos que ambos saberes, tanto de médicos quanto dos pacientes, são fundamentais para a elaboração de projetos singulares de cuidado, torna-se compreensível o motivo pelo qual o envolvimento dos pacientes na tomada decisões configura-se como um dos marcos conceituais da prática médica centrada no paciente.

Além disso, a MCP preza pela a escuta das necessidades de saúde dos pacientes e pelo envolvimento destes na elaboração de projetos de cuidado de acordo com um referencial ético-político de solidariedade entre médicos e pacientes, ou seja, a partir da “realização de ações que beneficiem os outros, a partir do reconhecimento do outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, isto é, de aceitar e rejeitar essas ações.”(CAPONI, 2000:45)

Apenas a partir da segunda metade da década de 90, identificou-se referências aos conceitos estruturantes específicos da MCP. Este achado provavelmente justifica-se em virtude da publicação, no ano de 1995, do livro “*Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method*” (STWEART et al., 1995), considerado uma das grandes publicações a respeito do tema neste período.

Dentre os textos empíricos selecionados, TANNENBAUM & MCGILLIVRAY (1996) faz a primeira referência ao método clínico centrado no paciente ao proporcionar uma releitura de três artigos⁴⁶ publicados no ano de 1989.

⁴⁵ “a shift in the physician-patient relationship away from a mainly directive, physician- centered interaction style toward a nondirective, more patient-centered communication. This type of communication invites the patient to participate in decision-making and, in case of differences, includes the option to negotiate about the differences.”

⁴⁶ Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-centred interviewing Part I: Understanding patient's experiences. Can Fam Physician 1989;35:147-51.

Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-centred interviewing Part II: Finding common ground. Can Fam Physician 1989;35:153-7.

Stewart MA, BrownJB, Weston WW. Patient-centred interviewing Part III: Five provocative questions. Can Fam Physician 1989;35: 159-61.

“O método clínico centrado no paciente, embora não seja especificamente um instrumento de avaliação psicossocial, enfatiza a obtenção de uma compreensão das vivências dos pacientes sobre a doença e suas idéias, sentimentos, medos e expectativas.”⁴⁷ (TANNENBAUM & MCGILLIVRAY, 1996:291-292)

Estes artigos, publicados pelos mesmos autores do livro citado anteriormente, referiam-se a um tipo específico de entrevista clínica - a Entrevista Centrada no Paciente (*Patient-centred interviewing*) – cujos elementos viriam a constituir os conceitos fundamentais da MCP.

É importante ressaltar que, originariamente, a concepção da MCP encontra-se alicerçada na construção de novas formas de diálogo, de outras formas de comunicação-interação entre médicos e pacientes, diferentes do método clínico tradicional – no qual a anamnese médica constitui um dos principais moduladores da conversação – a fim de incluir a busca pela compreensão de outras dimensões do processo de saúde-doença dos pacientes. Portanto, a MCP está relacionada a uma proposta audaciosa de transformação do método clínico centrado nas doenças para um método clínico centrado no paciente.

Ao discutir as possíveis barreiras de realização da abordagem centrada no paciente, PURVES (1996) descreve literalmente os seis componentes interativos do método centrado no paciente, conforme descrito no Quadro 7.

⁴⁷ The patient-centred clinical method, while not specifically a psychosocial assessment tool, emphasizes obtaining an understanding of patients' illness experiences and of their ideas, feelings, fears, and expectations.

Os seis componentes interativos do processo centrado no paciente

1. Explorar a doença e experiência do adoecimento (*Exploring both the disease and illness experience*);
2. Compreender a pessoa como um todo (*Understanding the whole person*);
3. Encontrar um campo em comum para o manejo (*Finding common ground regarding management*);
4. Incorporar a prevenção e a promoção da saúde; (*Incorporating prevention and health promotion*);
5. Relação médico-paciente (*Patient-doctor relationship*);
6. Ser realista (*Being realistic*);

Quadro 7. Seis componentes da abordagem centrada no paciente. Adaptado de PURVES (1996), tradução nossa.

PURVES (1996) utiliza o livro de STEWART et al. (1995) publicado no ano anterior, no qual os autores propõem-se a elaborar, sistematizar e descrever os seis conceitos norteadores da proposta da MCP, uma vez que o termo “centrado no paciente” já fora encontrado em outros textos empíricos, no início da década de 90, mas não necessariamente acompanhado de uma explicação conceitual aprofundada acerca dos itens que a compõe.

Entretanto, apenas em 1999, identificou-se uma descrição detalhada a respeito destes conceitos no artigo empírico “*Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer*” (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999).

O primeiro conceito da MCP, Explorar a doença e a experiência de adoecimento (*exploring both the disease and illness experience*), busca ampliar a tradicional abordagem biomédica centrada na doença, ao incorporar a percepção dos pacientes acerca do processo de adoecimento.

“O primeiro componente é a exploração de duas conceituações de saúde: doença e enfermidade. Além de acessar o processo de doença, pela história e exame físico, o médico ativamente procura entrar no mundo do paciente – para entender a sua experiência única de adoecimento. Especificamente, o médico explora as quatro dimensões do adoecimento: sentimentos do paciente sobre o processo saúde-doença; suas idéias ou explicações sobre o adoecimento; como o processo de adoecimento impacta no seu funcionamento diário e; o que ele espera do médico.”⁴⁸ (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999:122)

⁴⁸ “The first component is the exploration of two conceptualizations of ill health: disease and illness. In addition to assessing the disease process, by history and physical examination, the physician actively seeks to enter the patient’s world – to understand their unique illness experience. Specifically, the doctor explores the four dimensions of illness: patient’s feelings about being ill; their ideas or

A MCP busca trabalhar com dois conceitos centrais: o conceito de doença (*disease*) e de enfermidade (*illness*) - nesta dissertação também traduzida como experiência de adoecimento ou processo saúde-doença - na qual se propõe uma aproximação entre a percepção do médico sobre a doença (a partir da anamnese tradicional) e a percepção do paciente acerca de seu processo singular de adoecimento (suas idéias, sentimentos, a forma como este processo influencia as suas atividades diárias e as expectativas a respeito da consulta médica). Identifica-se aqui, não uma dicotomização entre o saber médico técnico-científico sobre as doenças e o saber do paciente acerca de seu processo de adoecimento, mas sim uma busca de articulação entre ambos os saberes, uma verdadeira “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488).

Esta fusão seria possível a partir da ampliação do horizonte normativo do médico, a partir do qual este se lançaria ao mundo-do-paciente mediante a um questionamento ativo sobre as singularidades dos processos de adoecimento vivenciado por cada indivíduo. Cabe ressaltar que a elaboração de perguntas relacionadas ao processo de adoecimento seria considerada como uma habilidade médica imprescindível para a efetivação de uma prática médica centrada no paciente.

O segundo conceito da MCP, Compreender a pessoa como um todo (*Understanding the whole person*), descrito por (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999), encontra-se relacionado à busca por um entendimento do contexto (de vida) dos pacientes, uma vez que este contexto exerce uma importante influência na forma como os pacientes expressam suas necessidades de saúde e como compreendem e lidam com o processo de saúde-doença.

“O segundo componente interativo do método centrado no paciente é a integração desses conceitos de doença e adoecimento com o entendimento da pessoa como um todo. Isso inclui a consciência da posição do paciente no ciclo de vida e no contexto em que vive. Sua família, trabalho e cultura são todos explorados e considerados, como uma influência sobre a experiência do adoecimento.”⁴⁹ (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999:122)

explanation of the illness; how the illness is impacting on their daily functioning and; what they expect from the physician.”

⁴⁹ “The second interactive component of the patient-centered method is the integration of these concepts of disease and illness with an understanding of the whole person. This includes an awareness of the patient’s position in the life circle and the context in which they live. Their family work, and culture are all explored and considered, as all have a bearing upon the patient’s experience of illness.”

A compreensão do ciclo de vida e do contexto - familiar, de trabalho e dos aspectos culturais do paciente – de acordo com a MCP, é fundamental para a elaboração de planos de cuidado singulares, ou seja, planos de cuidado elaborados de acordo com as características inerentes à realidade de cada sujeito, aos aspectos únicos do mundo-da-vida de cada paciente.

O jogo de perguntas e respostas (GADAMER, 2005) estabelecido no diálogo entre médicos e pacientes, segundo a perspectiva da tradição discursiva da MCP, busca transpor a racionalidade biomédica, no sentido de que a conversação permita o entendimento do contexto de vida do paciente. Propõe, desta maneira, algo além da busca de sintomas de doenças restrita à utilização da anamnese tradicional como fio condutor do processo de comunicação-interação.

O terceiro componente, Encontrar um campo comum em relação ao manejo (*Finding common ground regarding management*), refere-se a construção de planos de cuidado de forma compartilhada entre médicos e pacientes.

“Encontrar um campo em comum entre paciente e o médico é o terceiro componente do método e consiste em três áreas chave. O paciente e o médico mutuamente definem o problema, juntos estabelecem as metas de tratamento e/ou gestão, e identificam os papéis assumidos por cada um. Encontrar um campo em comum envolve uma discussão mútua entre paciente e médico que inclui: uma clara e relevante descrição do problema; uma oportunidade do paciente perguntar; e clarificar o acordo sobre o tratamento ou plano de manejo.⁵⁰” (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999:122)

A descrição e discussão dos problemas encontrados ao longo do encontro, a abertura de um espaço de escuta dos questionamentos dos pacientes e o estabelecimento de um acordo em relação às metas de cuidado e os papéis (responsabilidades) de cada sujeito de forma compartilhada entre médicos e pacientes, revelam que a MCP, apresenta como horizonte a inclusão do paciente no processo de elaboração dos projetos de cuidado. Esta tradição discursiva contrapõe-se às formas de comunicação-interação paternalista (EMANNUEL & EMANNUEL, 1992) na qual o poder de decisão encontra-se, sobretudo centrada no médico.

⁵⁰ “Finding common ground between the patient and the doctor is the third component of the method and consists of three key areas. The patient and physician mutually define the problem, together establishing the goals of treatment and/or management, and identifying the roles to be assumed by each. Finding common involves a mutual discussion between the patient and doctor that includes: a clear e relevant description of the problem(s); an opportunity for the patient ask questions; and clarification of the agreed-upon treatment/ management plan.”

O quarto conceito chave da MCP, Incorporar a prevenção e promoção à saúde (*Incorporating prevention and health promotion*), “(...) enfatiza a importância de usar cada encontro como uma oportunidade para a prevenção e promoção. (...) precisamos rastrear doenças presentes e potenciais, assim como explorar as experiências do paciente sobre saúde e adoecimento.”⁵¹ (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999:123)

Este componente pressupõe a incorporação de ações de prevenção e promoção à saúde nas práticas médicas, especialmente no nível da APS conforme proposto na Declaração de Alma-Ata (1978), configurando a MCP como uma tradição de caráter contra-hegemônico à biomedicina – curativista.

O quinto componente da MCP “(...) leva em consideração que cada contato com o paciente deve ser usado para construir uma relação médico-paciente com base em um trabalho contínuo em conjunto.”⁵² (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999:123)

A relação médico-paciente seria a base pela qual o trabalho de caráter longitudinal, voltado ao cuidado da saúde, deveria ser alicerçado. As diferentes formas de interação constituiriam um recurso fundamental para construção de uma parceria entre médicos e pacientes ao longo do tempo., em prol de um objetivo comum: o cuidado à saúde centrado no paciente.

O último componente, descrito pelos autores, Ser Realista (*Being realistic*), “requer que durante o processo, o médico seja realista a respeito do tempo, da disponibilidade e acessibilidade de recursos, e da quantidade da energia física e emocional necessária para o cuidado dos pacientes.”⁵³ (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999:123)

Desta forma, caberia ao médico o gerenciamento do tempo (de consulta) e dos recursos (humanos e materiais) disponíveis de acordo com a realidade dos serviços e sistemas de saúde de cada localidade.

Resumidamente, (BROWN; STEWART; McWILLIAM, 1999), elaboraram um quadro contendo os seis componente interativos da MCP de forma mais detalhada conforme descrito no Quadro 8.

⁵¹ “ (...)emphasizes the importance of using each encounter as an opportunity for prevention and health promotion. We need to screen for present and potential diseases as well as explore the patient’s experience of health and illness.”

⁵² “(...) takes into consideration that each contact with the patient should be used to build on the doctor-patient relationship as a basis of their continuing work together.”

⁵³ “(.) requires that, throughout the process, the doctor is realistic about time, availability and accessibility of resources, and the amount of emotional and physical energy patients needed to care for patients.”

O método clínico centrado no paciente: os seis componente interativos	
(1) Explorar a doença e a experiência de adoecimento	(A) Diagnósticos diferenciais (B) Dimensões do adoecimento (sentimentos, idéias, efeitos na função e expectativas)
(2) Compreender a pessoa como um todo	(A) A “pessoa” (história de vida, questões pessoais e de desenvolvimento, valores e crenças) (B) O contexto (a família e qualquer pessoa envolvida no afeto do adoecimento do paciente, ambiente físico)
(3) Encontrar um campo comum em relação ao tratamento e/ou manejo	(A) Problemas e prioridades (B) Metas de tratamento e/ou manejo (C) Papéis do medico e do paciente no tratamento e/ou manejo
(4) Incorporar prevenção e promoção de saúde	(A) aprimoramento da saúde (B) Evitar riscos (C) Reduzir riscos (D) Detecção precoce das doenças (E) Amenizar os efeitos das doenças
(5) Relação paciente-médico	(A) Características da relação terapêutica (B) Compartilhar o poder (C) Relação cuidadosa e terapêutica
(6) Ser realista	(A) Tempo (B) Recursos (C) Formação de equipe

Quadro 8. Método clínico centrado no paciente: os seis componentes interativos. Adaptado e Extraído BROWN, STEWART e MCWILLIAM (1999), tradução nossa.

Conclui-se que, de acordo com a descrição dos seis componentes, a MCP buscou sistematizar um método clínico mediante a incorporação de outras dimensões, embasadas em conceitos desenvolvidos ao longo de pelo menos duas décadas e amplamente discutidos pela literatura científica internacional até então. Esta ousada proposta busca, também, atribuir um novo significado a prática biomédica, ainda hegemônica na década de 90, a partir da compreensão e reconhecimento do paciente como um sujeito único, que apresenta formas específicas de ser-e-estar no mundo, de reconhecer suas necessidades de saúde, de lidar com o processo de saúde-doença, assim como de estabelecer e construir agenciamentos e estratégias voltadas para o cuidado à saúde. A partir do

reconhecimento destas singularidades e do deslocamento das práticas médicas centradas na doença para uma prática centrada no paciente, os médicos poderiam, elaborar conjuntamente projetos de projetos específicos de acordo com as singulares inerentes a cada sujeito.

Um segundo aspecto a ser discutido consiste no fato de que a MCP, também se configura como uma tradição que preconiza a ampliação do diálogo e da escuta, para além da escuta seletiva dos sintomas de doenças. Esta tradição discursiva propõe o estabelecimento de uma forma particular de comunicação-interação entre médicos e pacientes cujo intuito principal é o reconhecimento de singularidades – as percepções sobre o processo de adoecimento, o contexto familiar, de trabalho e cultural, as dúvidas acerca dos diagnósticos e possibilidades terapêuticas e de cuidado, entre outros - de forma que seja possível acessar o mundo-da-vida do outro, no e pelo diálogo.

Diante da pertinência destas colocações, esta etapa de apresentação de resultados objetivará compreender as Tecnologias de ensino-aprendizado e formação de recursos humanos desenvolvidas na década de 90, referentes a Medicina Centrada no Paciente.

A elaboração de metodologias pedagógicas voltadas ao ensino-aprendizado da abordagem centrada no paciente ao longo do processo de formação médica foi considerada uma questão de extrema relevância para os autores dos textos empíricos da MCP, pois o desenvolvimento de recursos tecnológicos de formação de recursos humanos no campo da educação médica configurava-se, na década de 90, como uma estratégia de qualificação dos processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes.

A necessidade de qualificação dos processos comunicacionais, encontrava suporte científico nas inúmeras pesquisas realizadas nas décadas de 70 e 80, que buscavam identificar possíveis dificuldades relacionadas aos processos comunicacionais estabelecidos entre pacientes e médicos que ainda se encontravam em processo de formação.

De acordo com a perspectiva de MARVEL (1993) identificou-se que “(...) médicos residentes raramente questionavam sobre as preocupações relacionadas aos problemas psicossociais dos pacientes durante as consultas⁵⁴” (MARVEL,

1993:629) e que “quando as informações relacionadas à família foram extraídas, os médicos residentes, muitas vezes perderam a oportunidade de expressar empatia e preocupação.⁵⁵” (MARVEL, 1993:629) fato que denotava um importante despreparo médico para lidar com determinadas questões psicossociais dos pacientes.

Soma-se a isso o restrito período de tempo destinado ao desenvolvimento de habilidades psicossociais durante a residência médica. Estas habilidades “se comparadas às habilidades biomédicas permanecem limitadas e refletem em parte a realização de apenas oito a treze horas de treinamento anual.⁵⁶” (SMITH et al., 1995:315)

Por conseguinte, os médicos residentes “geralmente têm dificuldade quando são confrontados por pacientes com evidentes problemas psicossociais ou sintomas sugestivos de problemas psicossociais subjacentes.⁵⁷” (TANNEBAUM & MCGILLIVRAY, 1996:295)

Na graduação, o currículo das escolas médicas propiciava, sobretudo, o desenvolvimento de habilidades biomédicas voltadas ao cuidado das doenças, uma vez que o desenvolvimento de habilidades de comunicação-interação, voltadas ao reconhecimento das dimensões psicológicas e sociais, também foram considerados insuficientes. Segundo CASSEL (1995) “o currículo das escolas médicas atuais universalmente incluem a coleta da história (clínica), mas raramente outros aspectos da comunicação com os pacientes.⁵⁸” (CASSEL, 1995:392)

As dificuldades comunicacionais encontradas resultam em um expressivo investimento de pesquisadores e estudiosos da tradição discursiva da MCP na produção de pesquisas a fim de desenvolver e avaliar a eficácia das estratégias pedagógicas voltadas ao ensino-aprendizado da abordagem centrada no paciente especialmente na década de 90. De certa forma, o ensino médico constituiria uma

⁵⁴ “resident physicians infrequently inquired about patient psychosocial concerns during office visits.”

⁵⁵ “When family information was elicited, the resident physician often missed opportunities to express empathy or concern to the patient.”

⁵⁶ “Resident’s psychosocial skills, relative to their biomedical skills, remained limited, reflecting in part that only eight to 13 hours of training yearly are required.”

⁵⁷ “Residents in family medicine commonly have difficulty when faced with patients with overt psychosocial problems or symptoms suggesting underlying psychosocial problems.”

⁵⁸ “The current medical school curriculum universally includes history taking, but rarely other aspects of communication with patients.”

estratégia interna à tradição da MCP a fim de provocar uma ressignificação das práticas médicas centradas na doença (biomédicas).

Segundo ARNOLD e FORROW (1990), as escolas médicas apresentavam um currículo baseado nas ciências médicas, no qual o treinamento clínico também se encontrava pautado pela racionalidade biomédica (centrada na doença) em detrimento do (re)conhecimento dos sujeitos:

“Na escola médica típica, os alunos são introduzidos na medicina nos primeiros dois anos através da chamada base das ciências médicas, que tentam explicar as experiências de adoecimento dos pacientes através de processos fisiopatológicos que excluem o social ou pessoal dimensões da saúde e da doença. Nos anos de treinamento clínico, os estudantes e residentes de medicina aprendem principalmente através do cuidado de pacientes gravemente doentes com estágios nos hospitais que oferecem cada vez menos oportunidades para conhecer os pacientes como pessoas.
⁵⁹” (ARNOLD; FORROW, 1990:796)

Os autores defendem uma reforma da educação médica, a fim de com o intuito de estabelecer processos de ensino-aprendizado pautados no reconhecimento das singularidades dos pacientes: "se queremos que os médicos acreditem que suscitar e compreender a perspectiva do paciente é fundamental para a boa medicina, então temos de reformar o processo de educação médica (...).⁶⁰” (ARNOLD; FORROW, 1990:796)

Especificamente em relação à formação de médicos de atenção primária na pós-graduação CASSEL (1995) discorre sobre questões cruciais para a formação destes profissionais a fim de que os médicos aprendam a lidar e considerar a perspectiva dos pacientes, e do mesmo modo utilizar os saberes técnico-científicos apropriados a cada caso (CASSEL, 1995), e ressalta a necessidade de desenvolver métodos específicos de ensino-aprendizado para a formação de médicos de atenção primária, uma vez que “a maior parte os médicos ainda não dispõe de ferramentas

⁵⁹ “In the typical medical school, students are introduced to medicine in the first 2 years through the so-called basic medical sciences, which attempt to explain patients' illnesses through pathophysiologic processes that exclude the social or personal dimensions of health and illness. In the years of clinical training, students and residents learn medicine primarily through the care of severely ill patients with evershorter hospital stays that provide fewer and fewer opportunities to get to know patients as persons.”

⁶⁰ “If we want physicians to believe that eliciting and understanding the patient's perspective is central to good medicine then we must reform the process of medical education(...).”

cognitivas para trazer a pessoa para o centro da prática médica.⁶¹” (CASSEL, 1995:378)

Diante desta perspectiva, no início da década 90, pesquisadores e docentes representantes de diversas faculdades norte-americanas, canadenses, inglesas e sul-africanas elaboraram a “Declaração de Toronto”, que propunha uma discussão do ensino de habilidades de comunicação ao longo da formação médica. Este grupo de professores elaborou uma extensa revisão bibliográfica a fim de tentar compreender os processos de interação e comunicação entre médicos de diversas especialidades e pacientes atendidos em diferentes níveis de atenção à saúde.

A Declaração de Toronto explicita questões extremamente relevantes para o ensino-aprendizado de aptidões comunicacionais e de interação nas escolas médicas conforme descrito abaixo:

“(...) quais são as mais eficazes e eficientes para o ensino de habilidades e estratégias? (...) São todas as habilidades de comunicação que podem ser ensinadas? Quais habilidades são mais e menos ensináveis? Como pode estilos de aprendizagem dos alunos ser melhor avaliados para que o treinamento possa ser mais eficaz à medida das necessidades individuais? (...) Como os médicos podem continuar a desenvolver melhor suas habilidades, aplicá-las dentro de seu trabalho diário, sobreviver emocionalmente, e se sentirem mais satisfeitos? Como se pode produzir mudanças individuais persistentes de comportamento e de percepção?”⁶²(SIMPSON et al.I, 1991:1386-1387)

Tais questionamentos convidam a comunidade acadêmica a repensar as metodologias de ensino de aptidões comunicacionais e interativas na graduação e residência médica no sentido de estimular a elaboração de programas de treinamento específicos, voltados à qualificação dos diálogos estabelecidos entre médicos e pacientes e desta forma, incentivar a comunidade científica a produzir novos saberes teórico-práticos a fim de melhor compreender e aprofundar os conhecimentos sobre o tema.

⁶¹ “for the most part, still do not have the **cognitive tolls** to bring the person into the center of the medical practice.” (CASSEL,1995)

⁶² “A wide range of effective teaching methods and media have been developed - which are most effective and efficient for teaching which skills and strategies? (...) Are all communication skills teachable? Which skills are the most and least teachable? How can students' learning styles be best assessed so that training can be most effectively tailored to individual needs? (...) How can doctors best continue to develop their skills, apply them within their daily work, survive emotionally, and feel more satisfied? How can persistent behavioural, perceptual, and personal changes be produced?” (SIMPSON et al.I, 1991:1386-87)

"Quais são os elementos específicos de comunicação que maximizam a satisfação do paciente, a autonomia de colaboração, a qualidade de vida, a valorização do enfrentamento, da adaptação e de recuperação ou reabilitação, minimizando conflitos e litígios? (...) Quais das variáveis - o médico, o paciente, a família - afetam o encontro, e como eles interagem? (...) Quais as qualidades pessoais específicas do médico são as mais influentes? Que atitudes do paciente, preferências e crenças são mais importantes? Como o cuidado à saúde e os sistemas de pagamento podem influenciar as práticas de comunicação e como devem ser concebidos de modo a otimizar a comunicação?"⁶³ (SIMPSON et al., 1991:1386)

Em virtude da pertinência atribuída a estas questões e diante do emergente desafio de qualificar o ensino-aprendizado das habilidades de comunicação nas escolas médicas canadenses, professores e estudiosos interessados nesta temática organizaram um workshop denominado *Teaching and Assessment of Communication skills in Canadian Schools*, realizado nos dias 22-24 de março de 1992, na cidade de Toronto, Canadá. Este evento reuniu *experts* de diversos países - EUA, Inglaterra e Austrália - além de contar com a participação de representantes canadenses de 16 escolas médicas e dos programas de pós-graduação em medicina de família. Ao final do encontro, os grupos de trabalho elaboraram consensualmente diversas recomendações para o desenvolvimento de práticas de ensino-aprendizado e formas de avaliação das habilidades de comunicação para as escolas médicas, tomando como base a Declaração de Toronto (SIMPSON et al., 1991).

A fim de nortear o desenvolvimento do ensino de habilidades comunicacionais nas escolas médicas do Canadá foram elaborados alguns princípios gerais, embasados cientificamente, que serviriam *a posteriori* como base para outras recomendações adotadas nas escolas de medicina de diversos países do mundo: .

"1.A comunicação médico-paciente é um componente integral de atendimento médico de qualidade. Ela tem uma importante e demonstrável influência em muitos resultados. 2 Pesquisas rigorosas revelaram déficits significativos na comunicação entre médicos e pacientes. Isso destaca a necessidade de programas de treinamento formais no ensino de graduação, pós-graduação e níveis continuados de educação. 3. Ensaios clínicos controlados têm mostrado que estratégias de ensino definidas podem mudar

⁶³ "What are the specific elements of communication that maximize patient satisfaction, collaborative autonomy, quality of life, enhancement of coping, and adaptation and recovery or rehabilitation while minimizing conflict and litigation? (...) What physician, patient, family, and practice variables affect the encounter, and how do they interact? (...) what specific personal qualities of the physician are most influential? What patient attitudes, preferences, and beliefs are most important? How do health care and payment systems influence communication practices-and how should they be designed so as to optimize communication? (SIMPSON et al., 1991:1386)

significativamente os conhecimentos, as habilidades e atitudes de comunicação dos alunos.⁶⁴ (COWAN et al, 1992:1149)

Estes tópicos evidenciavam a influência da comunicação na qualidade do cuidado médico e nos resultados técnico-práticos junto aos pacientes, a identificação de lacunas de treinamento e déficits na comunicação no encontro entre médicos e pacientes e, finalmente a constatação científica de que tanto o conhecimento, quanto as habilidades e atitudes podem ser ensinadas ao longo do processo de formação médica. Por conseguinte, a partir destes três eixos norteadores, produzem-se diversas recomendações destinadas às escolas médicas canadenses.

O documento ressalta que a comunicação, outrora designada como ferramenta destinada a ações de educação dos pacientes em diversos documentos da OMS, passa a ser compreendida como um dos elementos fundamentais ao estabelecimento das relações entre profissionais médicos e usuários. Além disso, propõe a elaboração de objetivos de ensino destas habilidades em nível nacional, mediante ao desenvolvimento de projetos de aprendizagem em comunicação a partir da colaboração entre diversas faculdades. Estimula o desenvolvimento de métodos de avaliação da competência e do desempenho dos estudantes e de instrumentos e metodologias destinadas à avaliação dos programas de comunicação implantadas nas escolas médicas. Por último, discute que a efetividade e sustentabilidade da implantação destas recomendações nas escolas médicas canadenses, dependeria, de diversas articulações políticas junto ao corpo docente das faculdades de medicina a fim de promover um adequado suporte aos programas de comunicação, bem como do investimento no treinamento de professores, de diversas especialidades e subespecialidades, de forma a não restringir os programas às disciplinas de Atenção Primária, Psiquiatria e Ciências sociais.(COWAN et al., 1992:1150)

Explicita-se claramente a necessidade de uma articulação multidisciplinar, a fim de propiciar o agenciamento de diversas áreas do conhecimento, de forma a promover a adequada implantação destes programas de comunicação nas escolas

⁶⁴ "1.Doctor-patient communication is an integral component of quality medical care. It has an important and demonstrable influence on many significant patient outcomes.2. Rigorous research has revealed major deficits in communication between doctors and patients. This highlights the need for formal training programs at the undergraduate, postgraduate and continuing education levels.3. Controlled trials have shown that defined teaching strategies can significantly change students' communication knowledge, skills and attitudes." (COWAN, 1992:1149)

médicas de todo o País. Os programas educacionais voltados ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais, deveriam ser introduzidos precocemente, de forma longitudinal no currículo da graduação médica e baseados, sempre que possível, na literatura científica. (COWAN et al., 1992:1150)

A inserção precoce e longitudinal destes programas no currículo médico poderia garantir a continuidade do processo de ensino-aprendizado, de acordo com os desafios e especificidades impostos a cada etapa da formação.

Este gradativo e contínuo processo de ensino-aprendizado ao longo da formação acadêmica requer, *a priori*, uma flexibilidade e diversificação dos cenários de práticas pedagógicas e das metodologias de ensino, a fim de envolver e articular o desenvolvimento e qualificação das habilidades comunicacionais às atividades previstas em cada disciplina de formação. (COWAN et al., 1992:1150)

Soma-se a isso a necessidade de uma avaliação rigorosa do desempenho comunicacional dos estudantes, assim como previsto nos outros componentes do currículo médico, de forma a determinar o progresso do ensino-aprendizado das habilidades de comunicação destes alunos. (COWAN et al., 1992:1150)

Em relação ao conteúdo dos programas, considera-se fundamental o reconhecimento das necessidades de todos os pacientes, inclusive daqueles pertencentes a diferentes etnias, culturas e níveis socioeconômicos. (COWAN et al., 1992:1150)

Este trecho da declaração ressalta que a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde e populações/indivíduos de diferentes referenciais étnicos, culturais e socioeconômicos, exige o ensino de habilidades específicas que considerem as necessidades dos pacientes de forma equânime. Neste sentido, expõe mais uma potencialidade do ensino-aprendizado de comunicação como parte integrante do currículo médico: a capacidade de promover o acesso às necessidades considerando as diferenças e singularidades dos sujeitos.

Aproximadamente após um ano da elaboração da Declaração de Toronto, a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde elabora o documento intitulado “*Doctor patient: Interaction and Communication*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993) com o intuito de evidenciar a importância da comunicação e da interação entre médicos e pacientes para as práticas de saúde, bem como definir e aprofundar a discussão acerca de alguns conteúdos fundamentais destinados ao ensino destas habilidades ao longo da graduação médica.

O protocolo identifica a relação entre os processos comunicacionais estabelecidos entre médicos e pacientes e a realização de diagnósticos e elaboração de planos terapêuticos, a aderência dos pacientes aos planos terapêuticos propostos, a qualificação das competências clínicas, a satisfação dos pacientes. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993: 1-3)

De acordo com referenciais científicos, a OMS, ao elaborar este documento, evidencia uma das mais importantes contribuições ao ensino-aprendizado e ao desenvolvimento de programas de comunicação nas escolas médicas: a definição dos conteúdos mínimos necessários à elaboração destes treinamentos, pelas instituições educacionais. Quais os conteúdos que deveriam compor os programas de treinamento de habilidades de comunicação nas escolas médicas?

Segundo a OMS, a elaboração de programas de treinamento específico para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais deveriam estabelecer os padrões de atitudes e comportamentos considerados adequados para o desenvolvimento de uma boa prática médica, bem como levar em consideração as particularidades relacionadas aos aspectos culturais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993)

Estes parâmetros comportamentais elaborados a partir dos aspectos culturais de cada localidade deveriam, *a priori*, servir como base para a construção destes programas, a fim de que os conteúdos destes treinamentos estivessem alinhados com as necessidades pedagógicas específicas de cada instituição de ensino e, em confluência com as particularidades culturais de cada país.

Este excerto do documento de certa forma responsabiliza cada nação pela elaboração destes programas, de acordo com as especificidades regionais, e deixa claro que as propostas temáticas sugeridas neste protocolo, devem ser analisadas à luz das características das instituições de ensino, dos modelos de organização dos sistemas de saúde locais e, por último, mas não menos importante, dos comportamentos e atitudes médicas consideradas desejáveis pela população.

Diante da complexidade atribuída ao tema e das dificuldades de comunicação entre médicos e pacientes identificadas ao longo das décadas de 70 e 80, a OMS recomenda, na década de 90, o desenvolvimento de metodologias de ensino destinadas à elaboração de treinamentos específicos a fim de transpor estes entraves comunicacionais e, de permitir o estabelecimento de interações e diálogos

entre os sujeitos que viabilizassem a construção de uma prática médica centrada no paciente.

Diante destas colocações, no início da década de 90, evidencia-se a introdução de recursos tecnológicos interativos computadorizados como um recurso pedagógico de ensino da abordagem centrada no paciente em sala de aula. O simulador TIME - *Technological Inovations in Medical Education* – descrito por HARLESS et al. (1990), demonstra uma importante possibilidade de inserção de tecnologias computadorizadas para o desenvolvimento de habilidades específicas, tais como o raciocínio clínico em relação aos sintomas e patologias, o reconhecimento do contexto familiar, de trabalho e social do qual o paciente faz parte, além de questões relacionadas ao processo de adoecimento singular a cada paciente.

O simulador TIME propõe um interessante recurso tecnológico computadorizado – que consiste na projeção em vídeo de cenas roteirizadas compostas por histórias de pacientes (simulados). Cada história apresenta inúmeras possibilidades de desfechos clínicos, selecionados de acordo as condutas médicas estabelecidas ativamente pelos alunos de graduação de medicina em sala de aula. O controle da simulação em vídeo é ativado pelo sistema de reconhecimento da voz do professor e possui um vocabulário com cerca de 300 termos médicos (HARLESS, 1990) Os pacientes simulados no TIME são interpretados por atores profissionais que já experienciaram algum tipo de processo de adoecimento mediante um roteiro previamente elaborado. As imagens de vídeo são coloridas e projetadas à frente da turma. Os professores e alunos interagem com as cenas projetadas em sala de aula, a fim de conduzir o caso. Os alunos podem conversar com o paciente simulado, obter dados diagnósticos e de exame físico e solicitar testes laboratoriais a fim de embasar suas decisões clínicas. O simulador TIME não fornece *menus* de opções de forma a não influenciar as decisões. Juntos, alunos e professores poderão determinar o curso da ação e praticar a decisão clínica sem riscos para os pacientes além de poderem visualizar os efeitos de suas decisões. Os diversos desfechos das situações clínicas apresentadas pelo simulador são programadas de acordo com um cálculo de probabilidades baseado em um modelo algorítmico desenvolvido pelos pesquisadores. (HARLESS et al, 1990)

Esse recurso tecnológico para o ensino da abordagem centrada no paciente em sala de aula, constituiria uma alternativa ao método tradicional de ensino do

raciocínio médico-clínico constituído por casos clínicos apresentados sob forma de textos, a fim de estimular os alunos a reconhecer outros aspectos - emocionais, familiares e do contexto de vida dos pacientes.

No estudo avaliativo do simulador TIME, elaborado por HARLESS (1990), a maioria dos estudantes sentiram-se “intelectualmente e emocionalmente envolvidos com os pacientes simulados (...) e preferiram este método à tradicional apresentação de casos clínicos.⁶⁵” (HARLESS, 1990:330)

Além disso, indicaram o uso do simulador durante o ensino médico, sendo que “todos os itens que mensuraram o nível de aceitação dos estudantes foram positivos e estatisticamente significantes.⁶⁶” (HARLESS, 1990:331)

Portanto, a utilização de recursos tecnológicos de simulação com suporte de áudio e vídeo constituiria um dos recursos para o ensino-aprendizado da MCP em sala de aula, por constituir uma estratégia pedagógica que permite com que os alunos ampliem a perspectiva acerca do contexto de vida e em relação ao processo de adoecimento dos pacientes.

A tecnologia de ensino-aprendizado apresentada por SMITH et al.(1995), descreve o recurso pedagógico utilizado para o desenvolvimento de habilidades psicossociais, desenvolvidos para residentes do primeiro ano mediante a construção de objetivos centrados nas necessidades dos alunos. Esta estratégia pedagógica denota uma importante flexibilidade em relação aos métodos tradicionais de ensino-aprendizado, geralmente baseados no conteúdo que o professor deseja oferecer, mas não necessariamente aborda o que o aluno sente necessidade de aprender.

O programa de treinamento fora descrito por SMITH et al. (1995) e constitui uma articulação de diversas estratégias pedagógicas com a finalidade de proporcionar o ensino-aprendizado de habilidades psicossociais de forma a ressignificar a abordagem médica centrada na doença. Esta proposta encontra-se alinhada aos conceitos da MCP, à medida em que permitiria o reconhecimento das singularidades dos pacientes, especialmente das dimensões psicológicas e sociais.

Na estratégia pedagógica elaborada por SMITH et al. (1995), os professores apresentam brevemente aos alunos uma discussão acerca da habilidade a ser

⁶⁵ “(...)students felt intellectually and emotionally involved with the simulated patient (...) and preferred this method to the traditional paper case presentation.”

⁶⁶ “All (...) items that measured the student’s level of acceptance of the simulations showed positive responses that were statistically significant.”

trabalhada no dia, seguida da utilização da técnica de role-play na qual uma dupla de alunos interpreta os papéis de médico e de paciente a fim de treinar na prática a habilidade comunicacional proposta antes do encontro clínico com o paciente real. Após este breve treinamento, os alunos realizam entrevistas junto aos pacientes direcionada para a coleta de dados a respeito dos aspectos psicossociais. Em seguida, os alunos são convidados a discutir e colocar em pauta junto aos professores as questões relacionadas aos atendimentos realizados e/ou questões que emergiram durante a apresentação do role-play a fim de discutir possíveis manejos para as situações identificadas. (SMITH, et al., 1995) Este tipo de atividade requer o desenvolvimento, por parte dos professores, de habilidades de escuta, observação e de sensibilidade para a análise das situações a fim de proporcionar ao residente um espaço aberto de diálogo referente a questões levantadas durante o processo. A pesquisa avaliativa acerca deste processo de ensino-aprendizado elaborada por SMITH et al. (1995) evidenciou que os residentes que participaram do treinamento apresentaram uma maior confiança em suas habilidades psicossociais se comparados com os residentes que não receberam o treinamento ($p < 0,03$ para todos os testes). (SMITH et al., 1995:318)

Diante deste resultado, os autores concluíram que o ensino-aprendizado de habilidades psicossociais de comunicação-interação - tais como, sensibilidade psicológica dos residentes em relação a pacientes (com tendência suicida ou problemas de abuso de substâncias ilícitas), sensibilidade emocional de reconhecer sentimentos não expressos pelos pacientes, reconhecer e auxiliar pacientes considerados “somatizadores” e a conter, quando necessário, as falas de caráter mais diretivo durante a entrevista (SMITH et al., 1995) - seria possível mediante a elaboração de um programa de treinamento específico para o desenvolvimento de tais habilidades no âmbito da residência médica.

O estudo apresentado por (EDWARDS et al., 1996) apresenta uma metodologia pedagógica embasada na revisão de gravações de vídeo de consultas médicas realizadas por médicos residentes de pediatria e clínica geral. Segundo EDWARDS et al. (1996) o processo pedagógico de ensino consistia em realizar a gravação em vídeo de consultas (novas e de retorno) realizadas pelos residentes ao longo de um ano. Após cada sessão o residente agendaria um encontro com um dos professores a fim de rever a gravação, identificar e explorar assuntos considerados

importantes que surgiram durante a entrevista clínica. Se durante a revisão da gravação o estudante ou o professor observaram algo relacionado aos objetivos da sessão de revisão ou outro assunto clínico e/ou comunicacional considerados importantes para o processo de aprendizado, a revisão do vídeo era interrompida para discussão. (EDWARDS et al., 1996:745)

Após a discussão junto aos professores, o residente era solicitado a resumir as habilidades psicossociais adquiridas após cada sessão, bem como estabelecer metas para o próximo encontro. Além disso, os professores elaboravam relatórios após cada encontro realizado junto aos residentes, que poderiam ser consultados posteriormente tanto por alunos como por membros do corpo docente. (EDWARDS et al., 1996)

Segundo o autor, a tecnologia de gravação de vídeos dos encontros entre médicos e pacientes poderia ser considerada uma estratégia pedagógica “economicamente viável” para o desenvolvimento de habilidades de comunicação ao longo da formação médica. (EDWARDS et al., 1996:744)

A tecnologia de formação de recursos humanos descrita por EDWARDS et al. (1996), requer que o professor deixe de se colocar como o detentor absoluto do conhecimento, e passe a assumir o papel de facilitador do processo de aprendizado, ressignificando desta forma as interações estabelecidas entre os educadores e alunos.

Diante disso, observamos que a participação ativa dos residentes no processo de ensino-aprendizado e na elaboração conjunta dos objetivos de ensino por alunos e professores, se configura como um pressuposto pedagógico alternativo ao modelo de “educação bancária”⁶⁷(FREIRE, 1977) amplamente difundido ao longo do processo de educacional na graduação em medicina. De acordo com EDWARDS et al. (1996) ao longo de todo o processo pedagógico os residentes foram “encorajados a serem ativos e estabelecer suas prioridades de ensino.”⁶⁸(EDWARDS et al. , 1996:745)

⁶⁷ Educação bancária: “em lugar de comunicar-se, o educador faz comunicados e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção bancária da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guarda-los e arquivá-los.” (FREIRE, 1977)

⁶⁸ “Residents are encouraged to take an active role in establishing their learning priorities.”

Ao descrever detalhadamente a forma como deveria ser realizada a condução das sessões de revisão dos vídeos pelos professores, ressalta-se a importância da formação dos professores para a realização deste tipo de estratégia pedagógica a fim de estabelecer um processo educacional de formação médica centrado no aluno. Além disso, seria fundamental o desenvolvimento de grupos de docentes responsáveis por coordenar, capacitar outros professores e monitorar tais atividades a fim de garantir a sustentabilidade e longitudinalidade deste tipo de processo educativo.

A avaliação do método de ensino-aprendizado proposto por EDWARDS et al. (1996) demonstrou que 92% dos participantes relataram que o processo pedagógico realizado foi útil para o aprendizado de novas formas de comunicação entre médicos e pacientes. Setenta e um por cento referiu que a estratégia de ensino facilitou o manejo de assuntos gerais dos pacientes e que, 54% dos alunos concordaram que este processo ofereceu um suporte técnico durante a residência médica. (EDWARDS et al., 1996:747)

Em relação à aceitação dos residentes acerca do processo de ensino-aprendizado baseado na revisão das gravações de vídeo apenas 4% dos residentes sentiram-se desconfortáveis no início do processo de revisão das gravações, 55% sentiram-se muito confortáveis e 33% pouco confortáveis. (EDWARDS et al., 1996), fato que revela a aceitação dos estudantes em relação à proposta pedagógica apresentada.

O texto produzido por LANGEWITZ et al. (1998) descreve um complexo processo de ensino-aprendizado com o intuito de qualificar o diálogo estabelecido entre pacientes e médicos residentes da Clínica Médica. Os objetivos da intervenção descritos pelos autores encontram-se alinhados conceitualmente com os pressupostos teóricos da Medicina Centrada no Paciente (STWEART et al., 1995) e consistiam em: a) auxiliar os pacientes a esclarecer preocupações; b) descobrir informações relevantes; c) oferecer um processo de negociação; d) convidar o paciente a participar da tomada de decisões; (LANGEWITZ et al., 1998)

A intervenção pedagógica fora realizada por quatro instrutores que receberam instruções por escrito no qual se encontrava explicitados os objetivos da intervenção e as técnicas de aconselhamento. Segundo LANGEWITZ et al. (1998) a intervenção era composta por três elementos: a) Seminário (14 horas); b) Reuniões de avaliação de processo (seis reuniões com duração de 45 minutos); c) sessões individuais junto

aos preceptores durante o trabalho clínico de rotina (*feedback*) (seis reuniões com duração de 20 minutos). (LANGEWITZ et al, 1998)

O seminário apresenta como objetivo principal a conscientização das possíveis deficiências na comunicação médico-paciente mediante a realização de plenárias com o intuito de avaliar o conhecimento dos alunos acerca da temática da relação médico-paciente. (LANGEWITZ et al, 1998)

As possíveis dificuldades/facilidades referentes às habilidades de comunicação são ilustradas mediante a realização de entrevistas com pacientes simulados em sessões compostas por pequenos grupos (cinco participantes por preceptor). (LANGEWITZ et al, 1998)

As gravações de vídeo, realizadas antes e depois do treinamento dos residentes, foram editadas pelos treinadores e “usadas como base para a interpretação de papéis, permitindo que cada participante primeiro re-experimente o seu comportamento a partir do vídeo clipe, como o paciente ou como o médico, e depois refaçam a mesma seqüência utilizando técnicas de comunicação alternativas. Um quarto do tempo do pequeno grupo de trabalho é dedicado à formulação de metas de comportamento individual.”⁶⁹ (LANGEWITZ et al, 1998:269)

As reuniões de avaliação de processo, foram realizadas 6 a 8 meses após o primeiro seminário. Os objetivos comportamentais são checados e os participantes avaliam a percepção acerca dos objetivos comportamentais estipulados pelo programa de ensino, assim como as dificuldades que ocorreram ao longo do processo. (LANGEWITZ et al, 1998)

A devolutiva individual dos preceptores junto aos residentes foi realizada após a observação de atividades inerentes à rotina de trabalho (no atendimento médico prestado na enfermaria ou durante as entrevistas com os pacientes), a fim de discutir aspectos comportamentais observados durante o encontro com o paciente. (LANGEWITZ et al, 1998)

A metodologia pedagógica desenvolvida por LANGEWITZ et al. (1998) desvela a importância do componente avaliativo ao longo de todo o processo de ensino-aprendizado de habilidades de comunicação-interação, uma vez que cada

⁶⁹ “(...) used as the basis for role-plays, allowing each participant first to reexperience his or her behavior from the video clip as the patient or as the doctor, and then to replay the same sequence displaying alternative communication techniques.(...) A quarter of small group working time is devoted to the formulation of individual behavior goals.”

etapa da intervenção – seminário, reuniões de avaliação, *feedback* individual, e o *role-play* - encontrava-se articulada a uma determinada forma de avaliação a fim de avaliar os déficits e potencialidades relacionados às habilidades comunicacionais dos participantes. Além disso, os residentes avaliavam os objetivos da proposta pedagógica e das discussões junto aos preceptores após o atendimento de pacientes.

O ensino-aprendizado de habilidades médicas de comunicação-interação também requer a elaboração de processos e abertura de espaços de avaliação longitudinais, uma vez que estes espaços intersubjetivos de reflexão são cruciais para o desenvolvimento de uma prática médica não automatizada, no qual o educando poderá reavaliar suas ações e atitudes assim como revisitar as dificuldades/facilidades de conversação junto aos pacientes inerentes ao cotidiano do trabalho médico.

Ao buscar investigar o impacto da estratégia pedagógica LANGEWITZ et al. (1998), selecionaram de forma randomizada dois grupos de residentes. Um dos grupos (de intervenção) receberam o treinamento específico para o desenvolvimento de habilidades de comunicação centradas no paciente durante o período de seis meses. O outro grupo de residentes (grupo controle) não recebeu o treinamento descrito anteriormente. Foram realizadas gravações de vídeo das consultas realizadas pelos residentes (grupo de intervenção e controle) junto a pacientes simulados antes e após o treinamento. As gravações foram codificadas por pesquisadores mediante a utilização do questionário de avaliação específico de avaliação da abordagem comunicacional realizada denominado *Maastricht History and Advice Checklist-Revised*.⁷⁰

A pesquisa evidenciou que em relação ao objetivo específico de ensino-aprendizado – esclarecimento de preocupações dos pacientes - o grupo de intervenção apresentou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) em relação ao grupo controle. (LANGEWITZ et al., 1998)

Também foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) entre o grupo de intervenção e o grupo controle nas seguintes habilidades de comunicação-interação: anúncio explícito da fase de coleta de história médica,

⁷⁰ VAN THIEL J, KRAAN HF, VAN DER VLEUTEN CP: Reliability and feasibility in measuring medical interviewing skills: The revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist (MAAS-R). Med Educ 25:224-229, 1991

estruturação da conversa, verificação e esclarecimento dos motivos da consulta, reconhecimento das queixas iniciais, avaliação compartilhada da consulta, diálogo sobre as opções e viabilidade do tratamento, perspectivas para o futuro. (LANGEWITZ et al., 1998)

Após o treinamento, os residentes estruturaram melhor a consulta ($p < 0,001$), utilizaram mais a comunicação centrada no paciente ($p = 0,02$) e envolveram mais os pacientes na tomada de decisão clínica ($p < 0,001$) em ambos os testes estatísticos aplicados (Mann-Whitney e Wilcoxon). (LANGEWITZ et al., 1998)

Este estudo apresenta evidências de que os pressupostos da Medicina Centrada no Paciente podem ser ensinados e apreendidos pelos médicos residentes, desde que sejam desenvolvidos metodologias pedagógicas específicas associando os conhecimentos teóricos a exercícios práticos.

O texto elaborado por SMITH et al. (1999), descreve um método de ensino-aprendizado aplicado a residentes de Medicina de Família e Comunidade. Segundo o autor, o método de treinamento utilizado neste estudo fora composto por cinco objetivos, elaborados de acordo com os pressupostos da MCP: a) permitir que o paciente ficasse confortável durante o encontro; b) definir uma agenda junto aos pacientes, c) realizar duas modalidades de entrevista (focada e não focada); d) possibilitar uma transformação da entrevista centrada no médico. (SMITH et al., 1999)

O processo de ensino, fora composto por um treinamento realizado no período de um mês, com foco na entrevista básica da abordagem centrada no paciente, na educação do paciente, no manejo de pacientes somatizadores, no manejo de problemas psicológicos comuns na APS, além do treinamento de auto-consciência de atitudes negativas. (SMITH et al., 1999)

O procedimento de ensino fora composto por observação direta das atividades assistenciais dos residentes e pela observação indireta mediante gravações de vídeo das interações estabelecidas entre médicos e pacientes. Após a observação das atividades assistenciais os educadores realizaram sessões de supervisão junto aos residentes a fim de buscar identificar situações e/ou atitudes que pudessem interferir no processo de comunicação-interação centrado no paciente. Caso residente não identificasse os comportamentos não acolhedores observados pelos professores durante a interação, estes comportamentos seriam discutidos pelos docentes abertamente. Além disso, os professores, ao final de cada

estágio, desenvolvem um consenso sobre o processo de ensino-aprendizado de cada aluno. (SMITH et al, 1999:1243)

O processo pedagógico descrito por SMITH et al. (1999), pautado em observações das interações e conversações estabelecidas entre residentes de Medicina de Família e pacientes, configura-se como uma metodologia que utiliza como estratégia a observação direta (sem recursos audiovisuais intermediários como, por exemplo, gravações em vídeo) associado a um diálogo a respeito das atitudes observadas pelos professores no ato do encontro. Além disso, propõe o desenvolvimento da auto-percepção das atitudes no momento da interação entre médicos e pacientes.

Os demais estudos identificam possibilidades de desenvolvimento de conhecimento da abordagem centrada no paciente, de habilidades comunicacionais, mas não abordaram o eixo pedagógico das atitudes médicas no decorrer do encontro entre médicos e pacientes. Este componente dos objetivos de ensino médico, assim como os demais, são considerados imprescindíveis ao processo de aprendizagem na área de comunicação, uma vez que o conhecimento teórico aliado ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais e a atitudes éticas, acolhedoras e voltada para o cuidado dos sujeitos, considerando suas singularidades, pode potencializar as formas como são estabelecidos os processos comunicacionais e interacionais entre médicos e pacientes. Portanto, as tecnologias de formação de recursos humanos da área médica poderiam incluir, além do conhecimento do conteúdo teórico e o desenvolvimento de habilidades comunicacionais centrados no paciente, metodologias de aprendizado que objetivassem a auto-percepção e a ressignificação das atitudes dos alunos no encontro com os pacientes.

Como a abordagem centrada no paciente só é possível no e pelo diálogo entre sujeitos, ou seja, em ato, o espaço prático de ensino-aprendizado torna-se imprescindível para o desenvolvimento de tais habilidades comunicacionais.

Esta constatação suscita o seguinte questionamento: Que cenários de práticas seriam adequados para o aprendizado de habilidades comunicacionais? Acredita-se que não existe um espaço privilegiado para o ensino de tais recursos comunicacionais, uma vez que diferentes cenários de práticas irão exigir o uso de diferentes habilidades de comunicação-interação. Qualquer espaço de ensino-aprendizado é precioso neste sentido, desde que exista um plano pedagógico claro,

com objetivos, competências e habilidades a serem desenvolvidos em determinado período de tempo, por educadores comprometidos com o processo educacional.

No entanto, a inserção de alunos no nível da atenção primária, pode configurar-se como um espaço privilegiado para o ensino-aprendizado prático da abordagem centrada no paciente por caracterizar-se como um espaço cujos fundamentos básicos buscam delinear uma prática de cuidado à saúde para além do modelo biomédico, assim como a abordagem centrada no paciente.

De acordo com os resultados das pesquisas acima apresentados, conclui-se que as habilidades médicas de comunicação-interação podem ser ensinadas e aprendidas, desde que treinamentos específicos sejam realizados com este intuito.

Estas evidências colocam em pauta a importância de desenvolver novas tecnologias de ensino, voltadas à construção de um novo campo de saberes e práticas, até então pouco explorado na área do ensino médico (a comunicação-interação entre médicos e pacientes), a fim de desenvolver habilidades e atitudes comunicacionais centradas no paciente ao longo de todo o processo de formação médica.

5.2 Medicina Baseada em Narrativa

A década de 90 foi considerada emblemática em virtude do avanço em relação à produção de conhecimentos científicos voltados à área da saúde, assim como à utilização destes conhecimentos como balizadores das tomadas de decisões médicas, outrora baseadas apenas nos conhecimentos empíricos de cada profissional.

Neste sentido, a Medicina Baseada em Evidências (MBE), que busca integrar a experiência clínica individual com as melhores evidências clínicas disponíveis (GREENHALGH, 1999), “emerge no início da década de 90” (CASTIEL; PÓVOA, 2001:206), em um contexto de plena ampliação das pesquisas científicas na área da saúde, e constituiu um movimento importantíssimo para a prática médica contemporânea.

No entanto, segundo GREENHALGH (1999) a MBE, no que se refere ao processo de tomada de decisão clínica:

“(...) é muitas vezes realizada de forma incorreta ao apoiar-se na assunção de que a observação clínica é totalmente objetiva e deve, como todas as medições científicas, ser reproduzível.⁷¹ (...) as verdades estabelecidas pela observação empírica das populações em ensaios randomizados e estudos de coorte não podem ser mecanicamente aplicados aos pacientes individuais (cujo comportamento é irremediavelmente contextual e idiossincrático).⁷²” (GREENHALGH, 1999:323-324)

Diante da perspectiva de GREENHALGH (1999), podemos inferir que o movimento da MBE poderia desencadear e reforçar a crescente desconexão entre os saberes técnico-científicos (*Episteme-Technè*) e os saberes práticos (*Práxis*). O saber prático – o “quê fazer” frente à determinada situação – possibilita a elaboração de projetos de atenção à saúde de acordo com as singularidades de cada paciente, e só pode ser construído mediante a um processo de “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre o “mundo da medicina” e o “mundo-da-vida” dos indivíduos, no e pelo diálogo entre os sujeitos e não apenas mediante a aplicação

⁷¹ “The evidence based approach to clinical decision making is often incorrectly held to rest on the assumption that clinical observation is totally objective and should, like all scientific measurements, be reproducible.”

⁷² (...) the “truths” established by the empirical observation of populations in randomised trials and cohort studies cannot be mechanistically applied to individual patients (whose behaviour is irremediably contextual and idiosyncratic) or episodes of illness.

direta de protocolos “baseados em evidências”, que, em virtude de seu caráter técnico-científico, muitas vezes desconsideram as especificidades individuais.

Portanto, consideramos que “a construção e a interpretação das histórias são centrais para a razão prática.⁷³” (HUNTER, 1996:308), pois ambos procedimentos, constituem elementos fundamentais para o *sucesso prático* (AYRES, 2007) das ações de atenção à saúde, uma vez que permitem o acesso ao mundo do outro e permitem o reconhecimento de diferentes perspectivas dos sujeitos em relação a um determinado tema e/ou questão.

Por conseguinte, a prática médica poderia ser considerada uma prática interpretativa (LEDER, 1990), pois, apresenta em si uma importante dimensão hermenêutica, na medida em que o médico, para a elaboração de um diagnóstico de determinada patologia e/ou identificação de outras necessidades de saúde, interpreta as narrativas produzidas pelos pacientes, além de sinais e sintomas inscritos no corpo biológico.

De acordo com esta perspectiva, a dimensão prática e interativa do trabalho médico requer, portanto, o desenvolvimento de uma “expertise hermenêutica” (LEDER, 1990:12), cuja finalidade encontra-se apoiada na busca pelo entendimento mútuo.

Entretanto, observa-se uma crescente desvalorização da tradição oral pela medicina moderna e pela cultura médica ocidental, nas quais “as habilidades de ouvir, apreciar e interpretar histórias dos pacientes são raramente aceitas como um núcleo de habilidades clínicas nos currículos médicos.⁷⁴” (GRENHALGH e HURWITZ, 1999:50)

Diante desta constatação, a MBN passa a criticar veementemente na década de 90, a excessiva influência do positivismo científico moderno no trabalho médico (LEDER, 1990; LOCK, 1990), no qual a visão mecanicista do mundo, associada à tradução dos fenômenos da natureza para linguagem matemática, à pretensão de objetividade pura e à necessidade de construção de verdades absolutas, sobrepõem a dimensão humana e relegam ao segundo plano a natureza interpretativa inerente à prática médica.

⁷³ “The construction and the interpretation of stories are central to practical reason(...).”

⁷⁴“(...)the skills of listening to, appreciating, and interpreting patients' stories are only rarely upheld as core clinical skills in medical curriculums. “

Por conseguinte, a racionalidade biomédica, ao utilizar os procedimentos de análise e descrição das características fisiopatológicas do corpo humano, com o intuito de “corrigir os desvios da normalidade”, impulsiona os médicos a “recortar, editar e excluir” determinados fragmentos de narrativas dos pacientes, consideradas como menos importantes para a elaboração dos diagnósticos de patologias, gerando uma importante tensão no encontro entre médicos e pacientes.

Diante do crescente processo de desvalorização das narrativas, a MBN, busca, na pós-modernidade, o resgate do que não é generalizável e matematicamente traduzível, ou seja, o resgate das experiências de adoecimento dos sujeitos, expressas no encontro clínico mediante a elaboração de narrativas. Busca ressignificar a tensão existente entre o “mundo da medicina” e o “mundo-da-vida” dos pacientes, a partir da escuta e valorização do que é dito, do que é narrado pelos sujeitos e pretende, sobretudo, resgatar a importância da dimensão prática (*Práxis*) para o trabalho médico, assim como a importância das narrativas para o reconhecimento das singularidades dos sujeitos e para a tomada de decisões clínicas.

Em relação à importância das narrativas para as práticas de atenção primária à saúde, LAUNER (2002) aponta que o espaço da atenção primária configura-se em um potente espaço de reconstrução contínua de narrativas histórias, uma vez que os pacientes ao acessar os serviços de saúde expressam seus problemas e necessidades invariavelmente mediante a elaboração de uma história. (LAUNER, 2002:2)

Nos demais níveis de atenção à saúde, nos quais impera a lógica de cuidado centrado nas doenças de maior gravidade, cujas intervenções encontram-se pautadas substancialmente na utilização de recursos tecnológicos, evidencia-se que as narrativas dos pacientes, relacionadas a questões “não-médicas”, são consideradas irrelevantes para a tomada de decisão clínica, uma vez que a prática médica “especializada”, ainda essencialmente apresenta-se norteadada pela racionalidade biomédica. Entretanto, na atenção primária, cuja prática médica, historicamente tensiona o modelo biomédico, o processo de construção e reconstrução de narrativas que acontece no encontro entre médicos e pacientes constitui um precioso espaço de troca de saberes entre os sujeitos e de articulação entre os saberes técnicos, científicos e práticos.

De acordo com as definições dos autores da MBN a narrativa é percebida como algo inerente ao modo de ser humano, uma vez que nos encontramos imersos e permeados por narrativas cotidianamente. O discurso verbal (falado), elaborado na interlocução de dois ou mais sujeitos, frequentemente estrutura-se na forma de uma narrativa, inclusive no encontro entre médicos e pacientes, no qual a comunicação-interação invariavelmente acontece à medida que ambos relatam histórias sobre determinados acontecimentos relacionados, sobretudo, aos processos de saúde-doença. Além disso, as narrativas permitem o acesso às percepções de mundo e aos valores dos sujeitos, referentes aos processos de adoecimento, à medida que o espaço da consulta médica constitui-se como um espaço legítimo para a construção deste tipo de discurso.

O conceito de narrativa, fora descrito por GREENHALGH e HURWITZ (1998), como uma forma lingüística finita, que se apresenta em uma seqüência de tempo longitudinal - um começo, um desenrolar de acontecimentos, e um fim. Pressupõe a presença de um narrador e um ouvinte que apresentam diferentes pontos de vista. Fornece informações que não necessariamente pertencem diretamente ao desenrolar de acontecimentos, além de estimular e convidar o ouvinte a interpretação. (GREENHALGH e HURWITZ, 1998:3-4)

O conceito acima apresentado requer a elaboração de algumas considerações. Primeiramente, as narrativas construídas no encontro entre médicos e pacientes geralmente não se apresentam estruturadas conforme as características descritas acima. A idéia estrutural linear da narrativa – um começo, um desenrolar de uma série de acontecimentos e um fim - não considera que as narrativas produzidas no encontro entre médicos e pacientes são (re)elaboradas a cada pergunta proferida por algum dos interlocutores. Diante disso, a narrativa apresenta-se não de forma linear, uma sucessão de eventos, mas como uma rede de conexões, onde os “nós” representam as diversas temáticas e conteúdos agenciadas pela elaboração de perguntas que viabilizam a construção de novas narrativas a cada momento interativo. Em segundo lugar, as narrativas, por encontrarem-se sempre abertas a novos questionamentos permitem um processo contínuo de (re)construção aliado a um incessante movimento conectivo de uma narrativa a outra.

Segundo estas proposições, o que de fato poderia influenciar o término deste processo seria o tempo (finito) de duração do encontro entre médicos e pacientes.

No entanto, especialmente em relação às práticas de atenção primária, o caráter longitudinal dos encontros entre médicos e pacientes também permite que as narrativas elaboradas na consulta anterior sejam retomadas.

Em terceiro lugar, ambos os sujeitos configuram-se como ouvintes e narradores simultaneamente, uma vez que, no momento em que a conversação entre médicos e pacientes acontece, os dois interlocutores elaboram perguntas e constroem narrativas de forma dialógica, de acordo com as diferentes perspectivas que cada indivíduo em relação ao tema em discussão.

Logicamente, de acordo com a dialética de perguntas e respostas (GADAMER, 2005) estabelecida no momento do encontro por médicos e pacientes, o conteúdo das narrativas encontra-se relacionado ao que determinado interlocutor deseja comunicar ao outro. Desta forma, a imprevisibilidade do que será dito é uma característica inerente ao discurso narrativo e, de fato, convida os interlocutores a estabelecer processos interpretativos, conforme o conceito descrito por GREENHALGH e HURWITZ (1998:3).

Portanto, o conceito de narrativa no encontro entre médicos e pacientes poderia ser definido como um discurso elaborado por um ou mais interlocutores (ouvintes e narradores), que apresentam diferentes pontos de vista em relação ao que está sendo dito. A narrativa é construída e (re)construída mediante o estabelecimento de um jogo de perguntas e respostas entre os sujeitos, configurando um incessante movimento de agenciamentos e conexões entre uma narrativa e outra. Conforme aponta LOEWE et al.(1998), “ao invés de ver a narrativa como uma unidade discreta de discurso, apresentada por um orador virtuoso, a narrativa pessoal é mutuamente construída pelos participantes de acordo com regras interativas compartilhadas.”⁷⁵ LOEWE et al.(1998:5),

Outro aspecto a ser discutido no quadro conceitual proposto pela MBN consiste na discussão relativa ao conteúdo das narrativas elaboradas por médicos e por pacientes, uma vez que o conteúdo das narrativas médicas, pelas quais as condições individuais dos pacientes são traduzidas em categorias patológicas pré-determinadas pelo saber científico, difere sobremaneira do conteúdo das narrativas dos pacientes.

⁷⁵ “Rather than viewing narrative as a discrete unit of discourse, or a performance by a virtuoso speaker, personal narrative is mutually constructed by participants according to shared interaction rules.”

As narrativas médicas, pautadas pela racionalidade biomédica, enfocam substancialmente a explicação dos processos fisiopatológicos, a elaboração de diagnósticos e as possíveis estratégias terapêuticas para o cuidado das doenças diagnosticadas.

Já as narrativas dos pacientes geralmente extrapolam os limites impostos pela racionalidade biomédica e encontram-se relacionadas às diferentes formas de ser-estar no mundo, às singularidades frente ao processo de adoecimento, ao cotidiano, ao contexto das relações sociais, familiares e de trabalho, assim como expressam as questionamentos em relação ao que lhes é narrado pelo “mundo da medicina” - problemas diagnosticados, exames e procedimentos diagnósticos, propostas terapêuticas e prognóstico das patologias identificadas. Esta pluralidade de conteúdos das narrativas geralmente é suprimida pelo discurso do “mundo da medicina”, configurando processos de comunicação e interação, pautados pelo discurso médico e descolados do mundo-da-vida dos pacientes.

Diante disso, a MBN, ao descrever diversos conteúdos das narrativas dos pacientes em processo de adoecimento (GREENHALGH; HURWITZ 1998), pretende estimular uma necessária aproximação entre o “mundo da medicina” e o “mundo-da-vida dos pacientes”. Esta aproximação só seria efetivamente possível se este movimento fosse realizado de forma dialógica, a partir da busca pelo reconhecimento de ambos os mundos por ambos os sujeitos, e não de uma forma unidirecional, na qual os médicos acabam por reduzir o mundo-da-vida ao mundo da (bio)medicina.

Portanto, a fim de que as narrativas dos pacientes assumam um lugar central no encontro clínico, conforme preconizado pela MBN, seria imprescindível que os médicos permitissem que as narrativas dos pacientes fossem construídas mais livremente, com poucas interrupções, cortes e direcionamentos técnicos, de forma que o “afunilamento da narrativa”, provocado pelo uso exclusivo da anamnese médica tradicional, assim como as operações de recorte da narrativa na busca por sintomas de doença, não constituíssem a principal ação médica frente ao discurso dos pacientes.

A produção de narrativas de forma mais livre pelos pacientes poderia ser agenciado, primeiramente, mediante uma escuta médica atenta em relação ao que está sendo dito, independente do conteúdo que está sendo comunicado. Neste sentido, a MBN convida o ouvinte a ultrapassar a tendência biomédica classificatória

e fragmentadora, com o intuito de ampliar a escuta médica centrada em conteúdos diretamente relacionados a sintomas específicos de alguma patologia, uma vez que ao relatar uma história o paciente busca compartilhar algo que para ele faz sentido. Portanto, caberia ao médico buscar compreender, junto aos pacientes, os significados destas narrativas, ou seja, o que esta história que está sendo elaborada representa para o narrador, considerando que a narrativa encontra-se aberta a múltiplas interpretações.

Além da escuta médica atenta, seria fundamental a exploração das narrativas dos pacientes – que se apresentam repletas de “múltiplas conexões e cadeias de associações” (LAUNER, 2002:38) – a fim de compreender os distintos significados atribuídos por cada indivíduo às histórias contadas no espaço do encontro clínico. A exploração dos significados, das diversas conexões e associações, por sua vez, só seria possível mediante a realização de perguntas que poderiam tanto redirecionar o fluxo narrativo, como facilitar, dificultar ou até mesmo impossibilitar a compreensão dos discursos produzidos no encontro entre médicos e pacientes.

As perguntas, neste sentido, são de suma importância para o movimento de aproximação entre o “mundo da medicina” e o “mundo-da-vida dos pacientes”, pois permitem que os médicos acessem e naveguem pelas conexões e pela rede de significados das narrativas dos pacientes. As perguntas apresentam-se como chaves de portas que dão acesso a diferentes mundos e a diferentes conexões entre uma narrativa e outra.

As perguntas abertas (*opened-questions*), conforme discutido no Capítulo 1, possibilitam este acesso às narrativas, permitem uma maior fluidez na construção das histórias pelos pacientes, ao contrário das perguntas fechadas (*ended-questions*), que geralmente propiciam a elaboração de respostas dicotômicas (sim/não). Além das perguntas abertas, outros tipos de perguntas, tais como as perguntas explanatórias, reflexivas, circulares (LAUNER, 2002), configuram-se como diferentes chaves, que podem abrir incontáveis portas ao mundo de outrem, agenciando outros caminhos e conexões no interior das narrativas.

A fim de organizar as bases teóricas da MBN, LAUNER (2002), na primeira metade do século XXI, elabora e sistematiza os seis conceitos da Medicina Baseada em Narrativa, voltadas especificamente para a prática médica na atenção primária à saúde. Seria importante ressaltar neste momento que não identificamos tal sistematização conceitual nos textos elaborados na década de 90 referentes à MBN.

O primeiro conceito, denominado Precaução (*Caution*), refere-se aos limites tênues entre realização de uma prática médica baseada em narrativa e a pretensão inapropriada de transformar a consulta clínica em um processo (no sentido psicologizante) terapêutico formal.

“(...) professores excessivamente estimulados pela perspectiva da (medicina baseada em) narrativa não podem começar a se comportar como terapeutas formais. Isso é inapropriado. Pacientes não procuram a atenção primária para a realização de uma terapia formal.”⁷⁶ (LAUNER, 2002:31)

O segundo conceito refere-se a duas qualidades fundamentais para a entrevista médica baseada em narrativa: Curiosidade (*Curiosity*) e Neutralidade (*Neutrality*). Em relação à curiosidade, LAUNER (2002) ressalta que não se trata de uma curiosidade invasiva, mas sim de um interesse focado, comprometido intelectual e emocionalmente. Este interesse (curiosidade) é que possibilitaria o movimento *de uma história a outra*. (LAUNER, 2002:23)

A neutralidade, por outro lado, não se refere a um distanciamento, a uma frieza diante das situações narradas pelos pacientes, mas a possibilidade de estabelecer um foco na tarefa de “ajudar as pessoas com suas próprias histórias(...) implica a tolerância aos diferentes pontos de vista.”⁷⁷ (LAUNER, 2002:25)

O terceiro conceito, denominado Conversações (*Conversations*) considera que o diálogo (conversa) “não seria um veículo para o tratamento, mas o tratamento em si. Envolve em mudar a idéia de ‘resolução do problema’ para uma idéia de ‘dissolução do problema’ mediante a criação de novas histórias (...) e pelo convite, feito ao paciente, a considerar seus problemas de uma outra forma.”⁷⁸ (LAUNER, 2002:23)

O quarto conceito, Circularidade (*Circularity*) busca ressignificar a linearidade do raciocínio médico clínico que geralmente desloca-se do diagnóstico ao tratamento ideal. Este conceito busca ressaltar que as histórias compartilhadas no

⁷⁶ “Learners who becomes excessively fired by narrative ideas can start to behave as if they were formal therapists. This is inappropriate. Patients do not come to primary care for formal therapy.”

⁷⁷ “to help people with their own stories (...) It implies a tolerance of different points of view.”

⁷⁸ (...)not as vehicle for treatment but as the treatment itself. (...) It involves moving away from the idea of problem solving and towards the idea of problem dissolution through the creation of new stories.(...) is by inviting patients to consider their problems in alternative ways.”

encontro entre médicos e pacientes “não tem começo nem fim.”⁷⁹ LAUNER (2002:26)

Mas como criar e (re)criar esta circularidade no ato do encontro clínico? Neste sentido, as perguntas circulares (*circular questions*) potencializariam a expansão da perspectiva acerca de um determinado problema, uma vez que convidam os pacientes a ressignificar estes problemas e situações em que se encontram.

O quinto conceito da MBN, denominado Co-criação (*Co-creation*) pontua a conversação como um processo em que duas pessoas elaboram conjuntamente uma nova história acerca de determinadas situações (LAUNER, 2002:29). O papel médico, de acordo com este pressuposto, seria definido como um “observador-participante” que contribui para a construção de uma nova história ao mesmo tempo em que monitora o progresso das contribuições (voltadas a esta elaboração de uma nova narrativa) de ambos os sujeitos, médicos e pacientes.

Finalmente, o sexto conceito – Contextos (*Contexts*) parte do pressuposto de que “tudo o que é dito sempre apresenta múltiplos contextos”⁸⁰ (LAUNER, 2002:28) uma vez que as narrativas elaboradas previamente ao ato do encontro clínico pelos pacientes foram previamente construídas a partir de outras conversas junto a familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde, ou seja, foram produzidas em diferentes contextos.

A seguir discutiremos o modo de fundamentação das proposições desta tradição, de acordo com os textos produzidos na década de 90, por acreditarmos que as pesquisas elaboradas neste período poderiam ter contribuído para a elaboração das bases teóricas da MBN, sistematizados posteriormente por LAUNER (2002).

Segundo a perspectiva dos autores da MBN, a utilização de metodologias quantitativas para a compreensão dos processos comunicativos e interacionais, poderiam reduzir as histórias a sistemas numéricos e/ou pontuações, dificultando uma “análise aprofundada em relação ao discurso falado.”⁸¹ (WATZKIN e BRIT, 1993:1123)

Diante da pertinência desta reflexão, a pesquisa qualitativa, utilizada por outras áreas do conhecimento, tais como a antropologia, a sociologia, a lingüística e

⁷⁹ “do not have beginnings and endings.”

⁸⁰ “ Everything we say always has multiple contexts.”

⁸¹ “(...) an in-depth analysis of spoken discourse.”

a psicologia, emerge como um dos principais referenciais metodológicos utilizados pela MBN para a compreensão (mais aprofundada) dos discursos e dos modos de comunicação-interação estabelecidos no encontro entre médicos e pacientes na década de 90.

Foram identificados nos textos da MBN diversos procedimentos metodológicos classicamente utilizados nas pesquisas qualitativas neste período, a fim de buscar compreender os processos comunicacionais entre médicos e pacientes, dentre eles: a) gravações em áudio dos diálogos produzidos no encontro destes sujeitos que constituíram uma das principais formas de captação e registro das narrativas nos estudos realizados por WATZKIN e BRITT (1996), GREENHALGH e HURWITZ (1999); b) gravações em áudio-vídeo das interações realizadas por HELLSTRÖM, LINDQVIST e MATTOSSON (1998); LOEWEA et al. (1998); c) entrevistas semi-estruturadas na busca das percepções dos sujeitos acerca de determinadas temáticas conforme nos estudos realizados por VENTRES (1994), LOEWE et al. (1998); d) observações participantes dos encontros entre médicos e pacientes na pesquisa realizada por HUNT (1994); e) elaboração de narrativas textuais pelos autores BOYD (1996), ELWYN (1997), HELLSTRÖM, LINDQVIST e MATTOSSON (1998) acerca dos processos de adoecimento de pacientes.

Além disso, nos estudos elaborados por VENTRES (1994), HUNT (1994), GOOD, DELVECHIO GOOD (1994), ELWYN (1997), a seleção dos sujeitos não se caracterizava por uma “amostragem” representativa da população estimada mediante a realização de cálculos estatísticos, tal como nas pesquisas quantitativas, mas sim pela identificação de alguns sujeitos-chave pertencentes a determinados grupos sociais, a fim de buscar compreender (de forma aprofundada) diferentes representações e/ou significados acerca de um determinado fenômeno ou temática.

Em relação aos procedimentos de análise qualitativa os pesquisadores da MBN realizaram: a) a transcrição literal do conteúdo dos discursos produzidos (mediante as gravações de áudio) e/ou revisão e análise dos processos comunicacionais e interativos oriundos das gravações de vídeo; b) leitura do material empírico (HELLSTRÖM; LINDQVIST; MATTOSSON, 1998) e criação de domínios temáticos (análise de conteúdo) - conforme o estudo realizado por WATZKIN e BRITT (1993); c) elaboração e leitura dos relatos das observações participantes (LOEWE et al., 1998).

Em um segundo momento procedeu-se à realização das análises interpretativas, que possibilitaram a construção de novos significados à luz dos referenciais teóricos escolhidos pelos pesquisadores. Neste caso a perspectiva e a interpretação dos pesquisadores acerca dos fenômenos observados compõem substancialmente os resultados das pesquisas realizadas pelos autores dos textos.

Em relação aos procedimentos metodológicos e as formas de análise utilizadas, observou-se que as formas pelas quais os autores buscaram compreender o processo de comunicação-interação entre médicos e pacientes na década de 90 encontravam-se embasadas, sobretudo, na realização de pesquisas de caráter qualitativo cujos resultados serão apresentados a seguir.

No estudo realizado por (WATZKIN e BRITT,1993) mediante a gravação de áudio de duas consultas ambulatoriais, observou-se que o diálogo estabelecido entre os sujeitos fora conduzido essencialmente pelos médicos e que estes emitiram algum tipo de julgamento moral em relação ao comportamento dos pacientes durante a etapa de aconselhamento. (WATZKIN e BRITT,1993)

De acordo com o tipo de pergunta utilizada pelos médicos (fechadas ou abertas) diferentes tipos de respostas foram elaboradas pelos pacientes no ato da conversação. O processo de escuta seletiva e exclusão das narrativas não diretamente relacionadas à esfera biomédica, tais como assuntos familiares ou relativos ao contexto sócio-econômico-cultural, resultaram em um sistemático redirecionamento do diálogo voltado a busca de sintomas clínico-patológicos. Diante disso, observou-se a acentuação da tradicional fragmentação entre o “mundo-da-vida dos pacientes” e o “mundo da medicina”, o que poderia dificultar o acesso e o (re)conhecimento das peculiaridades inerentes ao modo de ser e estar na vida dos pacientes.

No estudo realizado por VETRES (1994), foram analisadas as gravações de áudio de entrevistas médicas junto a pacientes hospitalizados que discordavam veementemente das orientações médicas fornecidas pelos residentes de Medicina de Família ou cujas dificuldades de comunicação-interação interferiam diretamente no manejo dos problemas clínicos. A fim de buscar compreender as atitudes, os significados dos processos de adoecimento, assim como o impacto dos atos médicos (condutas clínicas) na vida destes sujeitos, os médicos residentes realizavam uma segunda entrevista junto aos pacientes.

Após a realização destas entrevistas, as narrativas de médicos e pacientes foram (re)elaboradas e permitiram uma melhor compreensão dos sujeitos, de suas questões e atitudes. Esta proposta de reconstrução das narrativas permitiu que os residentes, pudessem adentrar um novo universo e, por conseguinte, obter uma outra perspectiva acerca das singularidades de cada sujeito, de forma que as ações de atenção à saúde também pudessem ser (re)elaborados de acordo com as percepções de ambos, médicos e pacientes.

A pesquisa qualitativa realizada por HUNT (1994) buscou compreender, mediante a realização de entrevistas semi-estruturadas e observação das consultas, os significados dos discursos de médicos (oncologistas) e de pacientes oncológicos atendidos em hospitais públicos da cidade de Santo Domingos no México.

O discurso médico a respeito das condições de trabalho, denunciava a falta de recursos materiais e tecnológicos para a realização dos protocolos oncológicos – diagnósticos e/ou terapêuticos - além das dificuldades de comunicação dos médicos junto à pacientes com baixa escolaridade e nível sócio-econômico.

A fim de melhor ilustrar os processos de comunicação-interação, o pesquisador optou por relatar um encontro clínico entre um médico oncologista e uma paciente com diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado que se recusava a realizar o procedimento terapêutico indicado pelo médico: uma mastectomia radical.

Ao propor de forma direta a mastectomia como procedimento terapêutico de escolha, o médico não buscou compreender os motivos da recusa e elabora novamente uma narrativa técnica em relação aos possíveis prognósticos – “metástases na bexiga, coma e morte” – caso o tratamento indicado não fosse realizado.

Ao tentar explicar o diagnóstico à paciente, o médico utilizou termos extremamente técnicos (“câncer estágio III-b”) o que pode ter dificultado a compreensão da paciente em relação à gravidade do quadro. Esta inadequação da linguagem biomédica, aliada à falta de compreensão acerca dos motivos pelos quais a paciente recusara o tratamento, configura-se novamente como uma dificuldade de estabelecer processos de comunicação-interação que permitam a construção de narrativas acerca dos possíveis significados atribuídos pela paciente em relação ao diagnóstico e ao procedimento cirúrgico proposto pelo médico.

Portanto, compreendemos que o médico ao reforçar a polarização dos saberes técnico-científicos (como fazer), não consegue elaborar, junto ao paciente, algo pertencente à dimensão prática (*Praxis*) e interpretativa do trabalho médico: “o que” fazer nesta situação?

Diante deste relato, é perceptível o quanto a compreensão do “mundo-da-vida” dos pacientes pelos médicos, mediante a elaboração de narrativas que permitam os pacientes expressarem suas percepções e questionamentos, fica relegado ao segundo plano, fato que pode comprometer substancialmente a qualidade e a efetividade do cuidado médico.

Os pesquisadores GOOD e DELVECHIO GOOD (1994) entrevistaram pacientes com diagnóstico de epilepsia na Turquia, com o intuito de compreender as histórias de vida e os significados do processo de adoecimento destes sujeitos. Os autores ressaltam que a entrevista médica, encontrava-se estruturada sob forma de narrativas, ou seja, de pequenas histórias construídas conjuntamente no ato do encontro entre médicos e pacientes e que, apesar da constante tentativa de adequação destas narrativas ao modelo biomédico, o acesso a estas histórias acerca dos processos de adoecimento permitiria elaboração de projetos de cuidado humanizados de acordo com as percepções de cada indivíduo, e não apenas pautados pelos saberes médicos técnico-científicos.

O relato de caso elaborado por HELSTRÖM, LINDQUIST e MATTISSON (1998) narra o processo vivenciado por um paciente que apresentava sintomas inespecíficos e cujo diagnóstico clínico ainda não havia sido definido. Como os sintomas relatados pelo pacientes não se enquadravam em nenhuma patologia clínica específica, fora solicitada a avaliação de um psiquiatra que estabeleceu a hipótese de “esquizofrenia incipiente” devido à afirmação convicta do paciente de estar contaminado por alguma patologia infecciosa apesar dos resultados dos exames laboratoriais apresentarem-se normais.

Neste caso, as percepções dos médicos (clínico e psiquiatra) acerca do problema apresentado pelo paciente, não se encontravam em acordo com a percepção do paciente acerca de seu próprio problema. Diante desse impasse, os autores propõem a busca por uma melhor compreensão acerca da perspectiva do paciente a respeito de seu processo de adoecimento, a partir do diálogo e da construção de narrativas, não necessariamente apenas mediadas pelo recorte biomédico, mas, sobretudo, mediadas pelo interesse nas questões relacionadas ao

contexto, às percepções do paciente em relação ao processo de saúde-doença e de suas perspectivas de cuidado à saúde.

LOEWE et al. (1998), pesquisou as diferenças entre o discurso médico de caráter educativo e o discurso de pacientes assintomáticos com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Segundo a perspectiva médica, os pacientes não compreendiam as consequências a longo prazo do Diabetes Mellitus não controlado e necessitavam de ações educativas para uma pretensa mudança de comportamento. As “ações médicas educativas”, apresentaram-se como ações de caráter essencialmente punitivo, baseadas em explicações fisiopatológicas e epidemiológicas, acerca das possíveis doenças associadas ao diabetes mellitus não controlado - tais como nefropatias, retinopatias e vasculopatias - que poderiam levar a graves consequências caso o paciente não seguisse as recomendações médicas. Neste sentido, os médicos muitas vezes exerceram uma atitude extremamente autoritária, que desconsiderava as singularidades de cada indivíduo e por vezes desrespeitava a autonomia dos sujeitos frente aos processos de adoecimento. Segundo LOEWE et al. (1998):

“Enquanto os médicos geralmente descrevem a sua tarefa como ‘educar o paciente acerca do risco do diabetes, educação é realmente um eufemismo para um estilo retórico ou de argumentação que envolve descrições gráficas de pacientes em estágios avançados de doenças, referências de relatórios científicos ou súplicas para observar ideais culturalmente compartilhados como uma responsabilidade pessoal.”⁸² (LOEWE et al., 1994:13)

LAUNER (1999) apresenta a história de uma paciente (Helen) de 70 anos com diagnóstico de Hipertensão Arterial, mas que tivera de cuidar de uma irmã com Alzheimer, extremamente dependente, que falecera recentemente. Diante desta situação o autor argumenta:

“Você irá entender porque as nossas consultas não são gastas apenas medindo a pressão arterial. Nós conversamos sobre a tristeza de Helen e também o seu alívio. Ela ainda tinha culpas não resolvidas sobre a internação da irmã em uma casa de repouso. Quem não teria? Além disso, ela tem uma terrível sensação de perda: porque a irmã teve de acabar a vida desta forma tão aparentemente sem sentido? Por que Helen teve de desperdiçar a sua

⁸² “While physicians generally describe their task as “educating the patient” about the risk of diabetes, education is really a euphemism for a style of rhetoric or argumentation which involves graphic descriptions of patients in advanced stages of the disease, references to scientific reports, or entreaties to observe shared cultural ideals such as personal responsibility.”

viuvez e agora ter de enfrentar a sua própria velhice tão exausta e deprimida?⁸³ (LAUNER, 1999:118)

Ao descrever este caso, LAUNER (1999) busca não contrapor o cuidado à Hipertensão Arterial à escuta e construção das narrativas relacionadas ao “mundo-da-vida” da paciente, mas propõe que o encontro entre médicos e pacientes seja um espaço de elaboração de narrativas que permitissem a compreensão das situações vividas pelos sujeitos.

ELWYN e GWYN (1999) narram uma consulta clínica na qual um paciente solicita ao médico apenas a prescrição de uma receita de antidepressivo. Diante desta situação, haveria pelo menos dois desfechos possíveis: a) o médico simplesmente forneceria a prescrição de antidepressivos para o paciente e encerraria a consulta, uma vez que a necessidade (imediata) do paciente seria satisfeita; ou b) o médico poderia buscar compreender melhor a história do paciente e os motivos pelos quais o paciente utiliza medicações antidepressivas, ou seja, poderia utilizar a chave de acesso (perguntas) às narrativas que permitem adentrar o universo do mundo-da-vida do sujeito.

De acordo com os pressupostos conceituais da MBN, a segunda opção seria mais desejável, de forma que o processo de comunicação-interação estabelecido junto aos pacientes estivesse mais sensível aos processos de adoecimento e ao “mundo-da-vida” dos sujeitos - expressos através das narrativas - e não apenas centradas na coleta de dados clínicos para elaboração de diagnósticos e planos terapêuticos voltados às patologias.

Portanto, os entraves comunicacionais identificados no encontro entre médicos e pacientes, corroboram com o discurso, também evidenciado na tradição discursiva da MCP, de que o desenvolvimento de outras formas de comunicação e interação, não apenas centrado na execução da anamnese tradicional, seriam imprescindíveis para a concretização de uma prática médica mais humanizada – menos reducionista e fragmentada - no século XXI, especialmente no nível da atenção primária à saúde, no qual o diálogo constitui um dos principais recursos para a elaboração de projetos de atenção à saúde.

⁸³ “You will understand that our consultations are not spent just measuring blood pressure. We talk about Helen's grief and also her relief. She still has some unresolved guilt about putting her sister in a home; who wouldn't? In addition she has a terrible sense of waste: why did her sister have to end her life in this apparently meaningless way? Why has Helen had to spend her own widowhood toiling away desperately so that she now faces her own old age exhausted and quite depressed?”

Diante disso, os autores buscaram demonstrar as potencialidades da abordagem baseada em narrativa, uma vez que esta abordagem permitiria que as dimensões constitutivas da entrevista médica não fossem pré-determinadas – como se observa na anamnese tradicional e na abordagem centrada no paciente - mas construídas no ato do encontro clínico, no diálogo voltado à elaboração e compreensão mútua das narrativas por médicos e pacientes, que estimulasse ativamente a expressão das necessidades expressas no discurso verbal dos sujeitos e das experiências dos pacientes acerca do processo de adoecimento.

Mas como seria possível transformar o diálogo entre médicos e pacientes de acordo com a perspectiva da MBN? Quais as tecnologias de ensino-aprendizado e de formação de recursos humanos proposta?

A literatura e a ética médica constituíam na década de 90, uma das principais disciplinas integradas à área de Humanidades Médicas nas escolas inglesas e norte-americanas, cujo objetivo pedagógico encontrava-se associado ao ensino-aprendizado de habilidades interpretativas junto aos médicos em processo de formação.

A disciplina das humanidades médicas seria formada pela convergência e integração de diversos saberes – literatura, “filosofia, ética, psicologia, antropologia, artes, sociologia, história, política, no âmbito da medicina” – e teria o objetivo de formar médicos com competência ética e relacional a fim de superar o pouco produtivo antagonismo entre tecnicismo e humanismo. (RIOS, 2010:1726)

Neste sentido, a Literatura Médica, substancialmente, utilizava a leitura e interpretação de textos literários (narrativos) a fim de “facilitar a humanização da perspectiva médica para uma exploração mais específica dos aspectos narrativos da medicina.”⁸⁴ (GREENHALGH e HURWITZ, 1998: 123)

A tarefa interpretativa voltada à leitura e discussão de textos literários junto aos professores permitiria que os alunos adentrassem o universo singular dos personagens (geralmente médicos e/ou pacientes e/ou famílias), no sentido de buscar compreender as dimensões humanas - afetivas e pessoais – relacionadas aos processos de adoecimento dos sujeitos.

O treinamento proposto pela disciplina da Literatura na Medicina considera que:

⁸⁴ “(...)using literature to facilitate the humanization of medical perspective to the more specific exploration of the narrative aspects of medicine (...)”

“O estudo da ficção, da poesia, do drama pode dar aos estudantes acesso a valores e experiências dos pacientes e das famílias, os médicos podem confrontar as consequências do processo de adoecimento, as complicações dos (pacientes) com doenças crônicas ou incapacidades, o cuidado do adoecimento (...), a sobrevivência da perda e o inevitável envelhecimento e morte⁸⁵” (HUNTER; CHARON; COULEHAN, 1995:787)

Dentre os principais recursos didático-pedagógicos utilizados para o ensino-aprendizado da Literatura Médica, descritos nos textos empíricos da tradição discursiva da MBN, encontram-se a leitura dos textos, a realização de pequenos grupos de discussão (pois facilitam que os alunos expressem suas opiniões, valores e crenças e elaborem perguntas mais livremente), a utilização de técnicas de ensino interativas (como o *role-play*), apresentação de seminários e elaboração de textos (narrativos) com o intuito de aprimorar a capacidade reflexiva dos alunos após as discussões.

Os textos, geralmente selecionados previamente pelos professores, constituíam um conjunto de obras literárias utilizadas como recurso didático-pedagógico para o ensino-aprendizado de habilidades interpretativas na disciplina de Literatura Médica. Dentre as obras recomendados pelos autores GREENHALGH e HURWITZ (1998), encontram-se: *A Montanha Mágica* (Thomas Mann), *A Morte de Ivan Ilyich* (Leon Tolstoi), *A Praga* (Albert Camus), *A Cidadesela* (AJ Cronin) que se encontram compilados na *On-line Data Base of Literature and Medicine* da Escola de Medicina da Universidade de Nova York no endereço eletrônico: <http://endeavor.med.nyu.edu/lit-med>.

Além desta base de dados, os autores GREENHALGH e HURWITZ (1999), fazem referência ao projeto denominado DIPEX (*Database of Individual Patient Experience*) que consiste na elaboração de uma base de dados com relatos e histórias dos processos de adoecimento de pacientes que apresentam patologias tais como: câncer de mama, dor pélvica, hipertensão arterial sistêmica entre outros.

A elaboração e organização destas bases de dados permitiria o acesso facilitado aos materiais didáticos (textos narrativos) utilizados nesta disciplina e configuram-se como recursos fundamentais de ensino-aprendizado da Medicina Baseada em Narrativa, uma vez que permite a sensibilização dos alunos para as

⁸⁵ “The study of fiction, poetry, drama (...) can give students access to the values and experiences of the patient, the family, and the physician as they confront the consequences of illness, the complications of living with a chronic illness or disability, the care of sick (...), the survival of loss, and the inevitability of aging and death.”

histórias relativas ao processo de adoecimento e, por conseguinte o desenvolvimento de habilidades de escuta e interpretação das narrativas dos pacientes no ato do encontro clínico.

Ao longo da década de 90, a utilização de narrativas de médicos e/ou pacientes e/ou famílias como um recurso pedagógico voltado à formação médica, também encontrou um lugar especial na disciplina de Ética Médica.

Os textos narrativos poderiam potencializar e aprofundar a discussão acerca de questões éticas inerentes à prática médica, uma vez que os textos literários poderiam trazer à tona outras perspectivas, de outros sujeitos envolvidos em uma determinada situação, perspectivas que geralmente são desconsideradas na descrição de casos clínicos tradicionais utilizados para o ensino de Ética Médica. Segundo JONES (1999):

“A partir desta perspectiva mais ampla, qualquer narrativa que possa instigar a reflexão moral sobre o que significa ser uma boa pessoa, para viver uma boa vida, e para a prática de uma profissão de forma ética pode ser considerada importante para a ética médica (...) Relatos autobiográficos feitos por pacientes, por seus familiares ou amigos também podem ser importantes(...)”.⁸⁶ (JONES, 1999:254)

A Ética (baseada em) Narrativa, ao utilizar as histórias que também contenham a perspectiva dos pacientes, familiares e amigos (e não apenas relatos médicos), encontra-se como um recurso pedagógico, que almeja o desenvolvimento de habilidades interpretativas a partir da leitura e discussão das narrativas dos sujeitos, aliadas a “aplicação de regras ou princípios abstratos a determinados casos (...) não logicamente deduzidos de acordo com critérios externamente impostos, mas uma melhor resolução para os envolvidos em um caso particular.”⁸⁷ (JONES, 1996:268)

Os autores, NICHOLAS e GILLET (1997) relataram um workshop de ética (baseada em) narrativa, no qual pequenos grupos de alunos de medicina foram convidados a discutir, elaborar e apresentar as narrativas (médicas) baseadas em

⁸⁶ “From this broader perspective, any narrative that might instigate moral reflection about what it means to be a good person, to live a good life, and to practise a profession in an ethical manner could be considered important for medical ethics.(...) Autobiographical accounts by patients or by their family members or friends can also be important for medical ethics.”

⁸⁷ “with abstract rules or principles that must be applied to the case;(...) not the logically deduced right decision according to some externally imposed criterion but the best resolution for those involved in a particular case.”

casos ou situações de atendimento de pacientes reais. No segundo encontro, os pesquisadores selecionaram previamente textos literários para a discussão em grupo. Ao final do treinamento, cada grupo elegia um representante com o intuito de apresentar as reflexões e questões discutidas em grupo para todos os participantes. Cabe ressaltar que as tecnologias de ensino e formação de recursos humanos da tradição discursiva da MBN na década de 90, encontravam-se substancialmente apoiadas nas metodologias de ensino-aprendizado já desenvolvidas pelos docentes e pesquisadores das disciplinas de Literatura e Ética Médica.

Em virtude da produção acadêmica da MBN, encontrar-se fundamentalmente concentrada no final da década de 90 (em 1998 e 1999), não identificamos uma descrição específica referente às tecnologias de ensino-aprendizado voltadas ao aprendizado das habilidades baseadas em narrativa em si. Tais recursos pedagógicos foram detalhados de forma mais organizada por LAUNER (2002) apenas na primeira metade do século XXI.

Segundo LAUNER (2002), o primeiro curso realizado na Clínica Tavistock (Inglaterra) voltado ao ensino-aprendizado da MBN fora realizada no ano de 1995 com a participação de 13 médicos generalistas (GP) e utilizava recursos pedagógicos, tais como: estudos teóricos a partir de leituras breves (individuais ou em grupo), exercícios práticos com a participação ativa dos alunos mediante a utilização das técnicas de *role-play*, supervisão de caso, observações de atendimentos aliado a técnica de “*freeze frame*”⁸⁸ e a discussões em grupo voltadas à reflexão, discussões de casos em grupo, revisão de vídeos das consultas realizadas com pacientes reais. (LAUNER, 2002)

Cabe ressaltar que as tecnologias de formação de recursos humanos e estratégias pedagógicas da MBN, utilizam essencialmente metodologias nas quais os alunos participam ativamente do processo de ensino-aprendizado e podiam vivenciar e experimentar diferentes formas de comunicação-interação no ato do encontro clínico (seja com pacientes reais ou simulados). Estas estratégias pedagógicas da MBN impõem novos desafios tanto ao corpo docente como a própria estrutura curricular das escolas médicas, pois diferem sobremaneira do

⁸⁸ A técnica de “Freeze Frame” consiste na interrupção do diálogo estabelecido durante o exercício de role-play (no qual dois alunos estabelecem uma conversação ao interpretar os papéis de médicos e pacientes) por um dos observadores da cena com a finalidade de realizar discussões acerca do que foi observado. (LAUNER, 2002:150)

modelo de ensino médico tradicional que preza basicamente pela memorização de conteúdos “ditados” pelos professores.

Diante disso, seria imprescindível o investimento na formação de um corpo docente, capaz de desenvolver de forma participativa discussões baseadas nas diversas interpretações realizadas pelos alunos após a leitura das obras literárias e/ou narrativas, a fim de construir conjuntamente os saberes, habilidades e atitudes necessárias a uma prática médica mais humanizada.

5.3 Abordagem Integral (*comprehensive care*)

As décadas de 1950 e 1960 configuram-se como um momento histórico-político em que vários países desenvolvidos problematizavam a utilização de dispendiosas tecnologias voltadas a um cuidado à saúde essencialmente curativo cujas intervenções não englobavam outros problemas de saúde emergentes especialmente em populações sócio-economicamente desfavorecidas. (MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004)

O “questionamento dos modelos verticais de intervenção (...) para combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008:577) impulsiona, na década de 70, a investigação de novas formas de organização dos sistemas de saúde especialmente nos países em desenvolvimento.

Neste sentido, os CPS propostos na declaração de Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), apostavam em uma abordagem que “incluísse tudo o que fosse necessário ou relevante” para a saúde da população e dos indivíduos e se encontravam intimamente associados às discussões relativas à abordagem integral (*comprehensive care*) iniciadas nas décadas de 50 e 60.

Neste período, George Reader (professor da *Cornell Medical School* em Nova York) utilizou o termo *comprehensive medical care* para designar “todos os fatores envolvidos em um caso individual – os aspectos psicológicos, familiares, sociais e econômicos somados aos dados físicos, laboratoriais e de imagem (raio x) do paciente.⁸⁹” (FALK, 1972:471) Cabe ressaltar que o termo *comprehensive* significa “incluir tudo o que é necessário ou relevante⁹⁰” (COLLINS COBUILD, 2006) e “origina-se do verbo *comprehensivus* em latim e pode também significar ‘compreender.’⁹¹” (FALK, 1972:471)

Após a Declaração de Alma-Ata, na década de 80, diversos países passaram a buscar estratégias voltadas à reorganização dos sistemas e serviços de saúde de

⁸⁹ “all the factors involved in an individual case-the psychological, family, social and economic aspects, in addition to all the physical, laboratory and x-ray data about the patient.”

⁹⁰ “somethings that is comprehensive includes everything that is needed or relevant.”

⁹¹ “comprehensive” comes from the Latin verb form “comprehensivus.” It means “to take in,” “to include,” but it also means ‘to understand’.”

acordo com os pressupostos dos CPS. Entretanto, muitas das estratégias de implementação de atenção primária à saúde configuraram-se como estratégias seletivas, consideradas como “um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres.” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008:581)

Este período fora marcado pela, “concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, (que) passou a ser hegemônica” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008:582) principalmente após a “ressignificação” da proposta de CPS realizada em 1979 pelo Banco Mundial e por grandes instituições americanas como a Fundação Rockefeller, Fundação Ford e a Agência Nacional para o Desenvolvimento. Estas agências norte-americanas financiaram a implantação de programas de atenção primária de caráter “seletivo”, especialmente em países da América Latina e de certa forma, contribuíram para o retrocesso na (re)organização dos serviços de atenção primária dos EUA nas décadas seguintes. O sistema de saúde e os serviços de atenção primária dos EUA, na década de 90, ainda apresentavam importantes fragilidades e iniquidades, apesar dos esforços exemplares de alguns países desenvolvidos, como a Inglaterra e o Canadá, em implementar um cuidado à saúde de acordo com os pressupostos da Declaração de Alma-Ata.

As estratégias de contenção de gastos com a saúde nos Estados Unidos resultaram em uma crescente necessidade de rearranjo dos processos de trabalho (especialmente do trabalho médico) e dos modelos organizacionais dos serviços de saúde vinculados tanto a instituições governamentais norte-americanas quanto a empresas seguradoras (privadas).

Além disso, o restrito investimento financeiro do Governo norte-americano no trabalho médico na atenção primária à saúde, cujo “reembolso é muitas vezes insuficiente⁹²” (DESGUIN; HOLT; McCARTHY, 1994:209a), contrastava com o importante investimento em recursos tecnológicos e na valorização da mão de obra (médica) altamente especializada, fato que desencadeou uma vertiginosa concentração de recursos humanos e materiais no nível da atenção terciária, para o atendimento de condições complexas e raras. (DESGUIN; HOLT; McCARTHY, 1994:207a)

⁹² “reimbursement is often inadequate(...)”

Diante desse contexto político e econômico, a abordagem integral (*comprehensive care*) assumia, na década de 90, um caráter fundamentalmente contra-hegemônico à racionalidade biomédica fragmentada, reducionista, altamente especializada, apoiada na utilização de tecnologias de alto custo, destinada essencialmente ao diagnóstico e tratamento de patologias, uma vez que “os avanços tecnológicos resultaram em um reembolso (financeiro) principalmente voltado para o suporte de cuidados das especialidades.”⁹³ (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994:200a)

A associação da lógica biomédica hegemônica à forma como os serviços e o sistema norte-americanos encontrava-se estruturados e organizados, corroboravam para instauração de ações de atenção à saúde extremamente desarticuladas entre si, nas quais os pacientes teriam de acessar diferentes especialidades médicas alocadas em diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com os problemas/sintomas de saúde apresentados.

Como resposta a estas dificuldades, o governo norte-americano promove, na década de 90, o desenvolvimento de programas de saúde norteados pelos pressupostos da abordagem integral (*comprehensive care*) restritos a grupos populacionais específicos - tais como, gestantes usuárias de drogas (JANSSON et al., 1996 / BRINDIS et al., 1997), idosos (KANE, 1990 e PATTERSON; FEIGHTNER, 1993), crianças com transtornos mentais (SABBETH e STEIN, 1990) e portadoras de doenças crônicas (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994a), homossexuais - gays e lésbicas - (HARRISON; SILENZIO, 1996).

Estes programas configuravam-se como uma estratégia contra-hegemônica aos modelos assistenciais de saúde norte-americanos pautados pela racionalidade biomédica e, de certa forma, simbolizavam a possibilidade de construção de novos horizontes de práticas de saúde, especialmente no que se refere à organização dos serviços e ao tipo de abordagem médica junto aos pacientes.

O modelo BPS das doenças, buscava a “integração dos elementos médicos, educacionais e psicossociais do cuidado de forma coerente e razoável”⁹⁴ (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994:240b), configurava-se como um dos principais

⁹³ “Technologic advances have resulted in the direction of reimbursement primarily toward the support of subspecialty care.”

⁹⁴ “Integration of the medical, educational, and psychosocial elements of care into a coherent, reasonable(...)”

referenciais teóricos da abordagem integral (*comprehensive care*), pois buscava transcender e potencializar a abordagem médica tradicional para além do modelo biomédico (centrada nas doenças) uma vez que as dimensões e “conseqüências psicológicas e sociais não são facilmente tratadas pelo modelo biológico.”⁹⁵ (SABBETH E STEIN, 1990:75)

Além disso, a abordagem integral (*comprehensive care*) pleiteava a integração entre as ações assistenciais e as ações de prevenção de agravos e promoção à saúde, com o apoio de uma equipe multiprofissional, contrapondo-se a uma racionalidade biomédica curativa centrada fundamentalmente no trabalho médico. (PATTERSON; FEIGHTNER, 1993)

As práticas de saúde baseadas no trabalho em equipe buscavam agregar e potencializar os saberes técnico-científicos e práticos de diversas categorias profissionais em prol de um único objetivo comum: a elaboração de projetos de cuidado, longitudinais e elaborados de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Estes projetos de cuidado precisariam ser revistos periodicamente pela equipe multiprofissional, a fim de adequar as ações de acordo com as necessidades dos pacientes no decorrer do processo de saúde-doença (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994a) mediante a realização de reuniões sistemáticas de equipe, elaboração de registros detalhados e de bases de dados informatizados (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994a).

Para tanto, seria imprescindível a elaboração de ações de saúde articuladas e organizadas pelas equipes multiprofissionais mediante o estabelecimento de processos de comunicacionais dialógicos *entre* os profissionais, pacientes/famílias e serviços de saúde de diferentes níveis de atenção, de forma que as inerentes dificuldades de entendimento de pacientes e/ou familiares acerca das propostas de ações assistenciais fossem minimizadas.

“Quando vários médicos estão envolvidos, os problemas podem aumentar exponencialmente. Na ausência de informações sobre as funções dos médicos respectivos, as famílias podem não apreciar a importância do compartilhamento de informações entre as suas diferentes fontes de assistência.”⁹⁶ (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994:211a).

⁹⁵ “psychological and social consequences are nor easily treated in the biological model.”

⁹⁶ “When several physicians are involved, the problems can increase exponentially. In the absence of information about the roles of respective physicians, families may not appreciate the importance of sharing information among their various sources of care.”

Desta forma, os diálogos estabelecidos *entre* os profissionais de saúde assumiriam uma importância vital para o desenvolvimento de práticas assistenciais de acordo com as bases teóricas da abordagem integral (*comprehensive care*), uma vez que permitiriam o acesso a diferentes perspectivas de cuidado, tanto das equipes multiprofissionais de atenção primária como de médicos e/ou profissionais de outras especialidades ou áreas de atuação.

Considerando que o trabalho na atenção primária à saúde requer a integração junto aos profissionais dos outros níveis de atenção, seria imprescindível que algum destes profissionais assumisse a coordenação das ações assistenciais. Segundo a perspectiva da abordagem integral, esta coordenação seria uma das atribuições dos médicos generalistas, uma vez que a proximidade do médico de APS junto a comunidade aliado ao “custo relativamente mais baixo do cuidado na rede básica de saúde” faz do generalista “uma escolha econômica, de tempo e dinheiro, para a coordenação de atendimento.”⁹⁷ (DESGUIN; HOLT; MCCARTHY, 1994:208a)

Por último, evidenciamos que as estratégias organizacionais e práticas de saúde elaboradas pelos programas assistenciais descritos anteriormente, encontravam-se alinhados às necessidades singulares dos indivíduos e/ou grupos populacionais específicos com o intuito de elaborar projetos de cuidado adequados a cada situação/sujeito.

Entretanto, as necessidades de saúde identificadas pelas equipes multiprofissionais dos programas assistenciais desenvolvidos de acordo com a perspectiva da abordagem integral (*comprehensive care*), não se encontravam restritas aos sintomas de doenças, tal como no modelo biomédico. Pelo contrário, outras dimensões - sociais, psicológicas, de trabalho, econômicas, familiares – que pudessem interferir ou potencializar as ações de atenção à saúde individuais e/ou coletivas eram consideradas e valorizadas pelos profissionais.

Entretanto, ao longo da leitura dos textos produzidos na década de 90, não identificamos uma proposta fechada, um roteiro pré-estabelecido de questionamentos tal como se observa na anamnese médica tradicional, uma vez que a abordagem integral propunha o agenciamento e o reconhecimento de outras dimensões (para além da dimensão biológica) no encontro entre médicos e

⁹⁷ “(...) the relatively lower cost of care in the primary care setting, (...) a economic choice, in time and money, for the coordination of care.”

pacientes, tais como: a) o impacto do processo de saúde-doença na vida das pessoas (SABBETH e STEIN, 1990); b) as dimensões psicológicas, sociais, funcionais, ambientais, econômicas, culturais e biológicas (PATTERSON; FEIGHTNER, 1993); c) a estrutura e dinâmica familiar e nível educacional dos pacientes (DESGUIN; HOLT; McCARTHY, 1994); d) questões relacionadas à orientação sexual dos indivíduos (HARRISON; SILENZIO, 1996); e) aspectos religiosos (FOX et al., 1997).

Portanto, a abertura de espaços de conversação entre médicos e pacientes, nos quais é possível estabelecer uma *escuta mais aberta* (FOX et al., 1997:9) e menos focada nos sintomas de doenças poderia permitir que os pacientes pudessem expressar mais livremente suas questões - preocupações, sentimentos e necessidades – de forma a não fragmentar e reduzir os sujeitos em processo de adoecimento, a sintomas ou a diagnósticos de patologias.

Neste sentido, o refinamento dos processos de comunicação-interação entre os profissionais e entre profissionais e usuários, constituiria uma das principais estratégias relacionadas à tradição discursiva da abordagem integral (*comprehensive care*) como forma de qualificação e transformação dos processos de trabalho e práticas médicas no século XX.

Ao longo da década de 90, pesquisadores e estudiosos desenvolveram diversas pesquisas com o intuito de avaliar a eficácia e/ou custo-benefício dos programas de atenção integral à saúde. Cabe ainda ressaltar que os artigos selecionados apresentavam basicamente relatos de experiências de modos de organização dos serviços de saúde segundo a proposta da abordagem integral (*comprehensive care*). Entretanto, dentre os autores dos textos selecionados nesta tradição, apenas JANSSEN et al. (1996) descreve um estudo avaliativo acerca da eficácia do programa destinado ao cuidado integral de gestantes usuárias de drogas.

O método escolhido pelos pesquisadores consistia na avaliação médica, ginecológica, obstétrica de 100 gestantes usuárias de drogas recentemente admitidas no programa. Além desta avaliação clínico-ginecológica, os autores utilizaram o questionário *Addiction Severity Index*⁹⁸ com o intuito de avaliar questões relacionadas ao abuso de álcool e drogas, tais como, condições de saúde de

⁹⁸ McClellan, A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

trabalho, processos legais familiares, sociais e psicológicos assim como uma avaliação prévia de riscos individuais relacionadas à infecção pelo vírus do HIV. (JANSSON et al., 1996)

Os principais resultados das avaliações obtidas apresentavam dados de extrema relevância especialmente no que se refere aos domínios psicológicos e sociais, considerados pela abordagem biomédica como problemas de relevância secundária. Identificou-se que 67,7% das gestantes encontravam-se desempregadas, que 72,6% estavam no momento da admissão recebendo auxílio de serviços sociais, 16,1% encontravam-se em liberdade condicional e 9,7% haviam sido encaminhadas ao programa por determinação judicial. Cerca de 60% relataram uma ou mais prisões anteriores e 51,6% apresentavam problemas familiares ou com amigos. (JANSSON et al., 1996)

Diante de tais evidências, podemos inferir que os programas buscavam sistematicamente reconhecer outras questões para além do diagnóstico de patologias, configurando um movimento de articulação entre as esferas classicamente pertencentes ao domínio médico e as dimensões psicológicas e sociais, estas consideradas fundamentais para a elaboração de estratégias assistenciais de acordo com as necessidades e singularidades dos pacientes.

No que se refere às condições de saúde, observou-se que as gestantes inscritas no programa apresentavam no momento da admissão diversas patologias, tais como infecção do trato urinário (15%), asma (10%), infecção pelo vírus HIV (8%), gonorréia (37%), clamídia (18%), HPV (7%) e herpes genital (2%). As principais complicações obstétricas relatadas foram “retardo de crescimento intra-uterino (RCIU) (16%), trabalho de parto prematuro (12%), diabetes gestacional (4%), oligodramnia (4%) e pielonefrite (3%).⁹⁹” (JANSSON et al., 1996:328)

Em relação às patologias psiquiátricas 25,8% das gestantes relataram sintomas de depressão, 11,3% reportaram sintomas recentes de ansiedade, 6,5% apresentaram ideação suicida recentemente e 32,3% pregressamente. (JANSSON et al., 1996)

No que se refere à eficácia do programa de abordagem integral, observou-se que o número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes inscritas no

⁹⁹ “intrauterine growth retardation (IUGR) (16%), preterm labor (12%) gestational diabetes (4%), oligohydramnios (4%), and pyelonephritis (3%).”

programa alcançou a média de 8,4, sendo que 85% das gestantes compareceram às consultas médicas de forma regular. (JANSSON et al., 1996)

O parto vaginal espontâneo ocorreu em 82% dos casos, sendo que apenas 7% das gestantes realizaram parto cesariana. "A média de idade gestacional estimada foi de 38,6 semanas (variação 33-42), com mecônio espesso presente em 13% dos nascimentos. Os principais métodos de planejamento familiar foram Norplant¹⁰⁰ (51%) e laqueadura tubária bilateral (26%).¹⁰¹" (JANSSON et al., 1996:328)

Não fora indentificado a presença de recém-nascidos de muito baixo peso (<1000 gramas) e apenas 27% das crianças apresentaram o exame toxicológico de urina positivo para substâncias ilícitas no nascimento. A taxa de internação em unidades de Terapia Intensiva Neonatal foi apenas de 10%, com um tempo médio de permanência de 6,6 dias (JANSSON et al., 1996), demonstrando um maior custo-benefício deste tipo de abordagem em relação à assistência médica tradicional.

Diante desses resultados, a pesquisa de avaliação das ações realizadas pelos programas conduzida por JANSSON et al.(1996) poderia indiretamente estimular o Governo norte-americano a financiar outros programas de saúde desta natureza, em virtude do custo benefício da implantação desta abordagem em relação aos demais modelos assistenciais vigentes.

Além disso, observa-se que o discurso produzido pelos autores dos textos na década de 90, indiretamente sugere a urgente necessidade de ressignificação das práticas médicas norte-americanas.

Para tanto, o desenvolvimento de metodologias pedagógicas de ensino-aprendizado de habilidades, atitudes e competências ao longo da formação médica que permitissem a inclusão e compreensão das dimensões psicológicas e sociais dos sujeitos no encontro entre médicos e pacientes, poderia configurar-se como uma das estratégias fundamentais para a sustentabilidade das práticas de saúde pautadas pela abordagem integral (*comprehensive care*).

No entanto, os textos da abordagem integral (*comprehensive care*) discorriam principalmente a respeito das experiências e estratégias assistenciais e

¹⁰⁰ Método contraceptivo hormonal de implantação subcutânea.

¹⁰¹ The mean estimated gestational age at delivery by obstetrical parameters was 38.6 weeks (range 33-42). Thick meconium was present at 13% of the births. The primary methods of family planning accepted in the first year were Norplant (51%) and bilateral tubal ligation (26%).

de organização dos serviços e tangenciavam perifericamente a temática relacionada à formação médica e ao desenvolvimento de recursos pedagógicos de ensino-aprendizado específicos para a formação de recursos humanos voltados ao desenvolvimento de habilidades, atitudes e competências médicas.

Após uma breve pesquisa na base de dados do MEDLINE utilizando a palavra-chave “*comprehensive care*” no período de 1940 a 1999 foram identificados apenas treze artigos relacionados à temática do ensino médico da abordagem integral (um artigo publicado na década de 50, cinco artigos na década de 60, quatro artigos na década de 70, três artigos na década de 80 e nenhum artigo na década de 90).

Estas publicações evidenciam que a produção acadêmica da década de 90, fora precedida por uma intensa discussão acerca do ensino médico nas décadas anteriores, nas quais diversos autores já haviam desenvolvido importantes questões relacionadas ao ensino médico da abordagem integral.

Com intuito de buscar uma melhor compreensão acerca deste fenômeno, elaboramos duas hipóteses para explicar as tecnologias de formação de recursos humanos na tradição da abordagem integral neste período.

A primeira delas refere-se ao contexto político e econômico da década de 90 e influência deste contexto nas práticas médicas. As crescentes tensões observadas no encontro entre médicos e pacientes, em parte provocadas pelas dificuldades resultantes do contexto político-econômico norte-americano e pela necessidade premente de estruturar e organizar os processos de trabalho, serviços de saúde e programas para grupos populacionais específicos, poderia colocar em segundo plano, o desenvolvimento de recursos pedagógicos de acordo com os referenciais preconizados pela abordagem integral. Esta imperativa necessidade de propor novas formas de organização de serviços de saúde de maior qualidade, mais equânimes e acessíveis à população, pode ter impulsionado pesquisadores e estudiosos a investir na produção de artigos acadêmicos que colocassem em evidência estas novas propostas assistenciais (os programas de saúde),

A segunda é de que as publicações referentes ao ensino médico da abordagem integral (*comprehensive care*) haviam sido produzidas nas décadas de 50, 60 e 70, impulsionadas pela crescente tecnologização da medicina, resultante do desenvolvimento de novos recursos - diagnósticos e terapêuticos – durante e após a Segunda Guerra Mundial (1945) e pela intensa mobilização da comunidade

acadêmica frente à necessidade de problematização dos currículos médicos baseados no modelo flexneriano.

Neste sentido, observa-se uma importante evolução histórico-conceitual a partir da observação de tendências relacionadas às temáticas dos artigos indexados na base de dados MEDLINE. Estas tendências apontam para a construção de duas fases: a) a problematização do ensino (bio)médico e a elaboração de propostas pedagógicas pautadas pela tradição da abordagem integral nas décadas de 50 a 70; b) o desenvolvimento de programas de saúde voltados ao cuidado integral dos indivíduos e grupos populacionais nas décadas de 80 e 90. É importante ressaltar que esta “evolução”, não se deu de forma linear, uma vez, que ao longo de todo esse período (da década de 50 a 90), identificou-se a elaboração de textos relacionados tanto ao ensino médico quanto a elaboração de programas de saúde pautados pelo referencial da abordagem integral.

A fim de compreender o discurso relacionado à formação médica de acordo com a perspectiva da abordagem integral, seria necessária uma nova imersão em textos publicados nas décadas de 60 e 70. No entanto, o presente estudo restringe-se às tradições discursivas que problematizaram a comunicação e interação entre médicos e pacientes na década de 90, período no qual não foram encontrados discursos textuais relacionados à formação de recursos humanos na tradição da abordagem integral conforme discutido anteriormente.

Conclui-se, portanto, que as bases teóricas da tradição da abordagem integral (*comprehensive care*) desenvolvidos a partir da década de 50, desencadearam uma série de movimentos políticos e ideológicos em prol da construção de novas possibilidades de (re)organização dos serviços - mediante a elaboração de programas de saúde integrais – e do estabelecimento de processos comunicativos e interacionais entre médicos e pacientes que buscassem resgatar os aspectos psicológicos e sociais imprescindíveis para a elaboração de projetos de atenção à saúde para além do modelo biomédico.

5.4 A Integralidade como “boa prática médica”

A década de 80 no Brasil foi marcada por diversos movimentos político-sociais implicados na abertura democrática no País. A Reforma Sanitária brasileira configurou-se como um dos movimentos emblemáticos da década de 80, ao propor algumas medidas – como o “reconhecimento da saúde como um direito do cidadão, universalização e equidade e integralidade da atenção” (PAIM, 1994:191) – que foram sistematizados ao longo da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e culminaram na elaboração das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) descritas oficialmente na Constituição de 1988.

A integralidade, neste contexto, apresentava-se como “uma das medidas propostas pela Reforma Sanitária” (PAIM, 1994:191) e representava uma importante contraposição às práticas de saúde hegemônicas, reducionistas e fragmentadas “por agravo, aparelho ou sintomas, sem uma visão global do organismo humano e muito menos da inserção social do indivíduo ou dos grupos populacionais a que ele pertence.” (TEIXEIRA; PAIM, 1990:265)

Na década de 90, observou-se um período de efervescência, de intensas proposições e transformações das políticas e práticas de saúde brasileiras, com o intuito de desenvolver (de fato) um sistema de saúde universal, equânime e integral, conforme as diretrizes postuladas na Constituição de 1988.

Tradicionalmente, a formulação das políticas de saúde brasileiras, essencialmente centralizadas na esfera Federal, pelo Ministério da Saúde, configurava um *modus operandi* do poder público essencialmente verticalizado, que pouco considerava as realidades locais e o conjunto das necessidades da população.

Diante desta característica peculiar, referente ao modo de formulação das políticas de saúde no Brasil, observava-se na década de 90, a permanência de dois grandes modelos assistenciais: a) o *modelo assistencial “sanitarista” (composto pelas campanhas e programas especiais)*; b) o *modelo assistencial médico-privatista (voltado ao atendimento da demanda espontânea imediata de caráter essencialmente curativista)*. (PAIM, 1994:192)

As práticas do modelo assistencial “sanitarista”, representado pelas campanhas nacionais, “têm um caráter geralmente temporário, requerem uma grande mobilização de recursos e dispõe de uma administração centralizada” (PAIM,

1994:193). Os *programas especiais*, eram elaborados a partir de um recorte de agravos específicos, tais como, “controle e erradicação de doenças transmissíveis, alimentação e nutrição, controle do câncer, prevenção de AIDS, promoção da saúde materno-infantil, controle de endemias” (PITTA e MEIRA, 1991:86), também representavam mais uma forma verticalizada de implementação de políticas elaboradas principalmente na esfera Federal, implantados nos Estados e Municípios de forma vertical e que desconsideravam a realidade e as necessidades locais. Segundo PAIM (1994):

“Os programas correspondem a um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos. Geralmente dispõem de uma administração única e vertical, de modo que atravessam estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e desinteressada. Têm caráter mais permanente e, quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ‘ponta do sistema’ (centros de saúde, hospitais e laboratórios), pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde.” (PAIM, 1994:193)

Diante do modelo assistencial “sanitarista” (PAIM, 1994), a integralidade assumiria um novo sentido: uma possibilidade de articulação entre os níveis Federal, Estadual e Municipal em prol da formulação de políticas mais condizentes com as necessidades de saúde das populações locais.

Ao ressaltar o caráter polissêmico da “integralidade”, MATTOS (2001) desenvolve uma importante discussão acerca de três possíveis sentidos para o termo. Segundo MATTOS (2001), um dos sentidos da integralidade:

“(...)trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos.(...) integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.”(MATTOS, 2001:58-59)

O acirrado debate impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária, em relação aos programas de saúde estruturados de acordo com políticas ministeriais verticalizadoras, assume um caráter ainda mais contundente na década de 90, especialmente após a elaboração da Lei Orgânica do SUS 8.080 (em 1990) e 8.142 (em 1991) “que trata das competências das três esferas do Governo” (CONH e ELIAS, 2003:68) na qual:

“à esfera federal compete a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional; à esfera estadual compete a formulação da política estadual de saúde e a coordenação e o planejamento do Sistema de abrangência estadual; e à esfera municipal compete a formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde.” (CONH e ELIAS, 2003:68)

Portanto, a Lei Orgânica do SUS (1990 e 1991), se encontrava em consonância com o sentido da integralidade descrito por MATTOS (2001), pois se apresentava como uma resposta às tradicionais políticas verticais do Ministério da Saúde, à medida que descentralizava dos órgãos Federais as decisões referentes à organização das políticas de saúde de Estados e Municípios, que deveriam ser formuladas de acordo com as necessidades da população de cada localidade.

De acordo com SOUZA (2002) o SUS, vem passando por importantes transformações deste a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (1990) em virtude do imprescindível “processo de descentralização de responsabilidades e atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior (...) caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.” (SOUZA, 2002:23)

Nesta mesma época, as práticas médicas brasileiras encontravam-se configuradas segundo o modelo médico assistencial-privatista que essencialmente oferecia um atendimento à demanda espontânea, ou seja, restringia-se ao atendimento de: “indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por livre iniciativa os serviços de saúde.” (PAIM, 1994:192)

Este modelo médico-assistencial não se encontrava atrelado apenas ao setor privado, mas estava “presente mesmo nos serviços públicos, como hospitais, centros de saúde e laboratórios, enquanto não se organizam para atender as necessidades de uma população definida.” (PAIM, 1994:193)

Em relação a esta modalidade assistencial DALMASO (1994) pontua que:

“O cuidado à saúde na modalidade pronto-atendimento, parece agilizar a assistência médica, aumentando a resolubilidade do atendimento: o paciente costuma valorizá-lo porque não há necessidade de agendamento e, para o médico, a consulta é quase circunscrita à queixa. Através de uma anamnese dirigida (e restritiva), acoplada muitas vezes ao consumo elevado de exames complementares, chega-se a um diagnóstico para qual se prescreve frequentemente uma terapêutica medicamentosa. Assim, o cuidado do médico, como a outra face da relação consumo-oferta de ações de saúde, tende a ser produzido em série, aparecendo como um conjunto fracionado de atendimentos para dar conta de cada queixa.” (DALMASO, 1994:36-37)

A modalidade assistencial-privatista reproduziria no nível da atenção primária, processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes de cunho “afunilativo¹⁰²” o que dificultaria o reconhecimento de outras necessidades de saúde podendo “prejudicar o *atendimento integral* ao paciente e à comunidade.” (PAIM, 1994:193)

Além disso, nesta modalidade de atenção os grupos populacionais ou indivíduos “que não percebiam a existência de problemas de saúde ou que não estejam alerta para as medidas de prevenção deixarão de ser alcançadas pelo sistema de saúde, (pois) já que não constituiriam uma demanda espontânea.” (PAIM, 1994:192)

O caráter predominantemente biomédico-curativo deste modelo de assistência médica não privilegiava a incorporação de ações de prevenção, promoção e reabilitação durante o encontro entre médicos e pacientes, pois direcionava a escuta e o diálogo estabelecido entre médicos e pacientes à procura de queixas “biológicas” passíveis de uma intervenção médica imediata.

Em contraposição à abordagem biomédica-curativista, do modelo assistencial de demanda espontânea, a integralidade passa a assumir outro sentido: a imperativa necessidade de articulação entre as ações de prevenção aos agravos, promoção de saúde e reabilitação à prática médica assistencial, especialmente no nível da atenção primária.

Segundo CARVALHO (1993) a “natureza e relação das atividades e ações de atenção integral à pessoa e à coletividade” (CARVALHO, 1993:134) encontram-se relacionadas ao conceito de integralidade como a articulação das ações de prevenção¹⁰³, promoção¹⁰⁴, reabilitação¹⁰⁵, saúde coletiva e terapêutica¹⁰⁶ tanto no plano individual (no encontro entre profissionais de saúde e usuários) como no coletivo. Entretanto, a evidente dificuldade de integração destas ações de

¹⁰² Conforme o conceito de “Afunilamento da Narrativa” descrita no Capítulo 1.

¹⁰³ Compreendida de acordo com a perspectiva de CARVALHO (1993) como “conjunto de medidas específicas que objetivam evitar doenças ou agravos à saúde;”

¹⁰⁴ “Conjunto de ações específicas que visam aumentar o nível de consciência sanitária e de cidadania dos indivíduos e populações, bem como contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde.” (CARVALHO, 1993)

¹⁰⁵ “Conjunto de ações que visam a recuperação das faculdades físicas, psíquicas e sociais lesadas após o processo de adoecimento.” (CARVALHO, 1993)

¹⁰⁶ “Conjunto de ações especializadas que visam o restabelecimento total ou parcial da saúde dos indivíduos.” (CARVALHO, 1993)

prevenção, promoção e reabilitação às práticas médicas assistenciais era também substancialmente reforçada pela histórica dissociação entre as práticas médicas assistenciais (individuais) e as ações preventivas (coletivas) no Brasil.

Esta dissociação configura “um tipo de ‘Sistema’ segmentado na prestação da assistência e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, desprovido de controle público eficaz (e) desarticulado na prestação da assistência (...)” (CONH e ELIAS, 2003:70)

A forma de organização das práticas médicas assistenciais brasileiras, nos anos 80, configurava uma dupla porta de entrada de acesso aos serviços, pois era realizada tanto em serviços públicos, cujo acesso encontrava-se limitado a trabalhadores assalariados (com “carteira assinada”), quanto em consultórios de serviços médicos privados voltados fundamentalmente para o atendimento à demanda espontânea.

O principal objetivo das empresas médicas privadas consistia na ampliação do “mercado da prestação de serviços (...) de assistência médica a partir da utilização do Estado como responsável pelas demandas de Saúde Pública a uma população periférica.” (PITTA e MEIRA, 1991:88)

De acordo com esta perspectiva, as ações coletivas de prevenção aos agravos, fundamentalmente seriam realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's).

Portanto, a dissociação entre os serviços médicos assistenciais (individuais) e os serviços de saúde pública responsáveis pelas ações de caráter preventivo (coletivos) configurava, na década de 90, um dos grandes desafios à concretização do SUS, pois caracterizava um Sistema de Saúde extremamente fragmentado, no qual os usuários, a fim de buscar respostas às suas necessidades de saúde, deveriam acessar diferentes serviços, com diferentes lógicas de organização.

Diante disso, observou-se uma nova tendência de organização dos serviços de saúde brasileiros neste período: a aposta nos serviços de atenção primária à saúde como locais estratégicos para o agenciamento da integração de ações assistenciais às ações preventivas orientadas de acordo com as “necessidades da população ao qual atendem” (MATTOS, 2001:57) e mediante a realização de “estudos epidemiológicos, que orientariam uma oferta organizada definida em nível local.” (PAIM (1994:194)

A noção de integralidade assume aqui novamente, uma contraposição à dissociação entre os serviços assistenciais e preventivos. Constitui proposta norteadora de um novo modelo assistencial que permitisse a incorporação gradativa de práticas médicas assistenciais (individuais) nas UBS's, cujo espaço fora até então tradicionalmente designado apenas a realização de ações preventivas (coletivas). Segundo MATTOS (2001) a integralidade também:

“corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Articular práticas de saúde pública com assistenciais significava, em primeiro lugar, borrar as distinções então cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais.” (MATTOS, 2001:54)

Um dos exemplos deste tipo de organização dos serviços de saúde emerge na década de 80, “a partir do convênio em São Paulo das Ações Integradas de saúde (AIS), em 1983, que passou a incorporar as UBS como locais de prestação de atendimento médico a indivíduos com queixas.” (DALMASO, 1994:36)

No entanto, este processo de integração da assistência médica às UBS's exigiria uma importante (re)organização dos serviços de atenção primária para além da incorporação e reprodução do modelo assistencial de “demanda espontânea”, uma vez que este modelo – orientado apenas para a resolução da demanda (sentida) pelos usuários – dificilmente permitiria o reconhecimento de outras necessidades de saúde dos pacientes.

Diante disso, identificamos um outro sentido atribuído por MATTOS (2001) ao conceito de integralidade que corresponde a uma *imagem-objetivo* (MATTOS, 2001:2) que busca construir uma prática médica assistencial pautada pelo reconhecimento de outras necessidades de saúde “não sentidas” pelos pacientes (MENDES-GONÇALVES e SCHRAIBER, 2000:33), para além do atendimento médico centrado apenas nas demandas imediatas.

Este processo de ressignificação das práticas biomédicas no Brasil fora impulsionada principalmente pelo movimento norte-americano da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*) na década de 50 e pelo movimento preventivista latino-americano consagrados após realização dos seminários de Tehuacan (México) e Viña Del Mar (Chile) promovidos pela OPAS/OMS na década de 60.

No entanto, apesar das importantes discussões e críticas ao modelo biomédico elaboradas por ambos os movimentos, as práticas médicas brasileiras na

década de 90, ainda se configuravam como práticas cada vez menos integrais e mais especializadas devido “a incorporação crescente de novas tecnologias.” (PITTA e MEIRA, 1991:87)

Este fato configura uma perpetuação ao longo da década de 90, de uma tendência evidenciada nos anos 1960-70 relacionada ao trabalho médico: a passagem da “medicina liberal à medicina tecnológica”. (SCHRAIBER, 2008:21)

Segundo (SCHRAIBER, 1993) “na medicina tecnológica a prática perdera progressivamente essas dimensões de personalização e de sacralização, à proporção que a medicina se estrutura progressivamente sobre as bases impessoais e objetivas da tecnologia material.” (SCHRAIBER, 1993:89)

Além da utilização da tecnologia material, a medicina tecnológica, caracterizava-se por uma importante redução da autonomia médica no que se refere às tomadas de decisões em relação aos pacientes e à organização do próprio trabalho, decorrente (em parte) do assalariamento do trabalho médico evidenciado na década de 80 e da expansão das empresas médicas privadas (convênios) que passam a regular o trabalho médico de acordo com seus próprios interesses, forçando os médicos a aumentar a jornada de trabalho e estabelecer múltiplos vínculos empregatícios em diversas instituições (públicas e privadas). A crescente influência da lógica mercadológica imposta pelos convênios ao trabalho médico representaria uma importante diminuição da qualidade assistencial, à medida que o número de vagas (agendadas ou não) e o tempo de consulta eram previamente estipulados em função do aumento da produtividade/lucro e da redução de custos das empresas privadas, resultando em uma “massificação do cuidado médico individual.” (SCHRAIBER, 2008:43)

Diante deste contexto, o estabelecimento de processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes voltados ao reconhecimento das necessidades de saúde, para além dos sintomas de doenças, e o desenvolvimento de ações de atenção integral, apresentava-se como um grande desafio que se impunha frente a crescente tecnologização da medicina evidenciada na década de 90. ,

O trabalho médico sofrera “transformações tão intensas na medicina tecnológica que se geraram *rupturas interativas*, que se estenderam também a suas relações com os colegas e com os demais profissionais de saúde.” (SCHRAIBER, 2008:20)

Estas denominadas *rupturas interativas* resultam em uma “mudança significativa das relações interindividuais e do sentido interativo de seus participantes, fazendo emergir uma crise de confiança, situação emblemática da medicina tecnológica.” (SCHRAIBER, 2008:27)

A crescente incorporação de exames diagnósticos de alta complexidade, com o intuito de “captar o sofrimento como doença, localizar a doença no corpo, agir sobre as alterações patológicas” (SCHRAIBER, 2008:38), gradativamente influenciaria a forma como médicos e pacientes comunicavam-se e interagiam entre si, e poderia acentuar a polarização dos saberes científicos (*Episteme*) e técnicos (*Technè*) em relação aos saberes práticos (*Práxis*).

Neste sentido, o conceito de integralidade “como boa prática médica” elaborado por MATTOS (2001) buscaria resgatar valores imprescindíveis ao trabalho médico voltado ao Cuidado dos sujeitos, configurando-se como uma das tradições discursivas que intentam problematizar as práticas médicas tecnológicas - essencialmente pautadas pela racionalidade biomédica – e, desta forma, ressignificar as formas de comunicação-interação estabelecidas entre médicos e pacientes. Segundo MATTOS (2001):

“A integralidade é uma característica da boa prática da biomedicina, ou seja, da medicina que tem como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença. Defender a integralidade aqui não implica deixar de lado todo o caudal de conhecimentos sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos. O que significa isso sim, é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos(...) (busca) discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças.” (MATTOS, 2001:50)

A definição de integralidade “como boa prática médica” descrita por MATTOS (2001) refere-se basicamente a três dimensões: a) visão abrangente das necessidades de saúde dos usuários; b) uso prudente do conhecimento sobre as doenças guiado pelo (re)conhecimento destas necessidades; c) aplicação de técnicas de prevenção.

Segundo a perspectiva gadameriana de *tradição*, MATTOS (2001) ao definir um dos sentidos da integralidade “como boa prática médica”, no começo do século XXI, valeu-se de outros significados atribuídos ao termo em diferentes períodos e

contextos históricos, sociais e políticos. Que sentidos da integralidade foram identificados nos textos produzidos na década de 90?

Segundo PITTA e MEIRA (1991), o termo integralidade encontrava-se relacionado ao conceito de saúde “como condição integral de bem estar: de ter condições reais ou potenciais para o exercício de uma vida plena e digna. De ser sujeito de sua própria existência e poder superar os danos e alterações em seu próprio corpo.” (PITTA e MEIRA, 1991:84)

De acordo com a definição de saúde proposta pelas autoras, podemos inferir que os processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes não poderiam restringir-se ao diálogo centrado apenas em queixas/sintomas de patologias conforme idealizado pelo modelo assistencial do tipo “demanda espontânea” influenciado, sobretudo, pela lógica biomédica-curativista.

A imprescindível abertura ao diálogo sugerida pelo conceito de saúde “como condição de bem-estar” (PITTA e MEIRA, 1991:84) e não saúde como “ausência de doenças” ressalta a importância de ampliar a abordagem (bio)médica para além do diagnóstico de patologias a fim de (re)conhecer outras esferas relacionadas ao processo de saúde-doença e construir propostas de atenção à saúde de acordo com as necessidades dos pacientes.

Por outro lado, o discurso relacionado à realização de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde provinha substancialmente da crítica ao desenvolvimento centralizado na esfera Federal de ações educativas (preventivas e de promoção à saúde) de cunho meramente informativo, compreendido como uma isenção de responsabilidade do Estado, que passava a “delegar unicamente ao indivíduo a responsabilidade de se prevenir de doenças.” (PITTA e MEIRA, 1991:87)

De acordo com esta perspectiva, para que o discurso educativo-preventivo e de promoção à saúde no encontro clínico-terapêutico fosse concretizado em ato, seria fundamental que o Estado, estimulasse a realização de ações de prevenção e promoção de saúde de forma integrada aos processos de trabalho cotidianos dos profissionais, mediante a elaboração de políticas públicas e propostas de organização dos serviços descentralizadas.

Segundo CARVALHO (1993) o conceito de integralidade poderia ser compreendido em dois níveis: a) individual, “isto é, atenção integral a uma pessoa específica, com a qual mantemos vínculo, interagimos, que acompanhamos” (CARVALHO, 1993:124); b) coletivo, “significando atender a toda uma população

adscrita, cobrindo todos os grupos etários, tendo responsabilidade sanitária e incorporando à prática uma concepção ampliada de saúde.” (CARVALHO, 1993:124)

Apesar do intuito de ressaltar a importância do levantamento das necessidades de saúde e do desenvolvimento de ações de saúde coletiva descrita como “um conjunto mais geral de ações dirigidas às populações, ao meio-ambiente e à sociedade englobando todos os tipos de assistência à saúde com base nas necessidades de saúde das populações” (CARVALHO, 1993:135), não identificamos nenhuma discussão acerca das formas de reconhecimento das necessidades dos indivíduos a partir do estabelecimento de processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes no ato do encontro clínico.

Ao buscarmos compreender a integralidade “como boa prática médica” utilizando como recurso metodológico a pesquisa do termo “*integralidade*” na base de dados da LILACS, surpreendentemente nos deparamos com um discurso relacionado essencialmente aos outros dois sentidos da integralidade descritos por MATTOS (2001), ou seja, a integralidade como uma contraposição às políticas públicas de saúde construídas e implementadas de forma vertical pelo Ministério da Saúde (políticas especiais) e a integralidade como uma nova proposta de organização dos serviços de saúde (modo de organização dos serviços e práticas de saúde).

Em parte, este discurso da década de 90, centrado nas questões políticas e no modo de organização dos serviços, poderia ser explicado em virtude do:

“(...) afastamento da saúde coletiva dos temas relativos à prática médica propriamente dita e, portanto, uma redução relativa da importância da noção de integralidade como uma atitude médica desejável, ou como característica da boa medicina. Isso se deu não tanto por rejeitar os valores intrínsecos, mas sim por incluir certos graus de ceticismo nas possibilidades de produzir socialmente tais atitudes no contexto das instituições médicas. A transformação das políticas, dos serviços e das práticas de saúde parecia passar por outras coisas além da boa medicina.” (MATTOS, 2001:47)

A pertinente discussão encaminhada pela Saúde Coletiva acerca da influência dos processos de trabalho e da organização das instituições de saúde na qualidade das práticas médicas associada à efervescência política evidenciada na década de 90 após a promulgação das diretrizes do SUS, poderia ter estimulado estudiosos e pesquisadores a concentrar grande parte da produção acadêmica da época na discussão e elaboração de novas perspectivas relacionadas às políticas públicas e

às modalidades de organização dos serviços de saúde. Esta justificativa em parte explicaria o fato de termos identificado apenas alguns indícios em relação ao sentido do termo *integralidade* “como boa prática médica” nos textos produzidos neste período.

Uma segunda possibilidade a ser discutida refere-se à palavra-chave utilizada para a pesquisa dos textos na base de dados LILACS na década de 90. Ao utilizarmos *integralidade* como palavra-chave, identificamos um discurso referente às políticas públicas e ao modo de organização dos serviços e práticas de saúde mas não encontramos discussões específicas relativas ao sentido da integralidade escolhido para o desenvolvimento do presente trabalho, ou seja, a integralidade “como boa prática médica.” (MATTOS, 2001).

Portanto, utilizamos uma segunda palavra-chave - o termo *integral* - com o intuito de aprofundarmos a discussão acerca dos tipos de abordagens utilizada no encontro entre médicos e pacientes, na década de 90. O termo *integral*, encontrava-se associado à proposta assistencial denominada no Brasil de atenção integral, que desde a década de 80, se propõe a desenvolver estratégias de organização de serviços e práticas de saúde, denominados de programas, voltados a todos os grupos populacionais divididos conforme a faixa etária e/ou fase do ciclo vital (crianças, adolescentes, mulheres, adultos jovens, idosos).

Os programas de atenção integral representavam *modelos alternativos*¹⁰⁷ (PAIM, 1994) de organização dos serviços de saúde elaborados segundo as características e necessidades destes grupos populacionais, com o intuito de oferecer uma atenção integral aos indivíduos e comunidades conforme as diretrizes do SUS.

Dentre eles, o modelo de atenção integral à saúde do adolescente, configurou-se na década de 90, como um destes modelos alternativos. O projeto MAISA II, uma parceria firmada entre a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Fundação Kellogg's, considerava a atenção Integral como uma estratégia de incorporação de ações de prevenção e de promoção à saúde do adolescente às práticas médicas assistenciais mediante à ações educativas “sobre

¹⁰⁷ Modelos assistenciais alternativos correspondiam “a experiências, ainda restritas, que buscam concretizar os princípios básicos e diretrizes estabelecidos pela constituição da República, tais como: acesso universal e igualitário às ações e serviços; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização, atendimento integral; participação comunitária.” (PAIM, 1994)

saneamento básico e em campanhas de interesse da própria comunidade.” (RUZANY; PERES, 1992:156)

Os três níveis de prevenção, desenvolvidos a partir do modelo de história natural das doenças de Leavell e Clark (1976) apresentavam-se como um dos marcos conceituais da atenção integral à saúde do adolescente, uma vez que a realização de ações de prevenção (primária, secundária e terciária) poderia “melhorar a saúde (dos adolescentes) em etapas posteriores da vida (...)” (OCAMPO, 1991:201)

Percebe-se que a noção de prevenção de agravos e promoção da saúde encontra-se presente no discurso da proposta de atenção integral, na definição de integralidade como “boa prática médica” elaborada por MATTOS (2001).

No entanto, apenas o programa de atenção integral à saúde da mulher (PAISM) descreve de forma mais detalhada a abordagem a ser desenvolvida no encontro entre médicos e pacientes do ponto de vista comunicacional e interativo, ao ressaltar que “além da transmissão de conhecimento, o profissional de saúde deve ser capaz de escutar o que a mulher tem a dizer, podendo aprender com isso.” (AGUIAR, 1996:13)

Portanto, a atenção integral assumiria uma perspectiva comunicacional dialógica na qual o reconhecimento dos saberes construídos sócio-culturalmente pelos sujeitos constitui uma das ações fundamentais. A escuta ampliada, contrária à escuta seletiva evidenciada no diálogo entre médicos e pacientes de cunho “afunilativo”, caracterizaria uma das habilidades essenciais para o desenvolvimento de um cuidado à saúde integral.

Além disso, a atenção integral consistia em uma possibilidade de ampliação do horizonte de práticas médicas para além do modelo médico centrado nas doenças, uma vez que assim como evidenciado na MCP e na abordagem integral (*comprehensive care*), esta tradição encontrava-se essencialmente norteadas pelo modelo biopsicossocial. Neste sentido, o modelo biopsicossocial fora utilizado como referencial teórico das práticas médicas integrais na qual as dimensões sociais e psicológicas estariam agregadas à esfera biológica com o intuito de ampliar as dimensões necessárias à efetivação de projetos de cuidado de acordo com a necessidade dos pacientes.

Segundo o Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente (PAIGA) elaborado na cidade de Porto Alegre-RS (VIÇOSA et al., 1992), o reconhecimento

dos fatores psicossociais “tais como, baixo nível sócio-econômico, pouca escolaridade e dificuldades familiares” no ato do encontro clínico teria o potencial de modificar alguns dos fatores determinantes da dimensão biológica. (VIÇOSA et al., 1992:22)

De acordo com o ideário da abordagem integral, o reconhecimento de questões relacionadas à dimensão psicológica das gestantes adolescentes, tais como, “desamparo emocional; desconhecimento do corpo, dos fenômenos da gestação, parto e puerpério; desconhecimento do desenvolvimento psicosexual do filho e o papel que a mãe, o pai, irmãos e avós” (VIÇOSA et al., 1992:23), poderia diminuir a ansiedade destas pacientes ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Definitivamente, a atenção integral pressupunha o desenvolvimento de habilidades e atitudes de comunicação-interação voltadas ao reconhecimento das necessidades de saúde relacionadas às dimensões psicológicas e sociais. Neste sentido, pode-se inferir que esta tradição procurava integrar estas outras dimensões de forma a não restringir o cuidado médico à dimensão biológica.

Para tanto, a participação de diversas categorias profissionais configura um dos aspectos fundamentais da atenção integral, uma vez que a ampliação da perspectiva biomédica exigiria o respaldo de outras áreas de conhecimento, dos saberes técnico-científicos articulados aos saberes práticos de cada componente da equipe multidisciplinar. Segundo SCHRAIBER et al. (1999):

“Visto que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões – social, psicológica, biológica, cultural, e que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo – o processo saúde-doença – constituem um intenso processo de especialização, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas a assistência integral de saúde, seja, das especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas – multiprofissionais.” (SCHRAIBER et al., 1999:232)

Portanto, passa-se a considerar a possibilidade de construção de ações de atenção à saúde mediante a articulação dos saberes de outros profissionais, tais como psicólogos e assistentes sociais.

“A percepção de dificuldades ou conflitos permitem que sejam encaminhadas para atendimento psicológico individual ou para reuniões de grupos de familiares. Certas situações necessitam acompanhamento pela Assistente Social.” (VIÇOSA et al., 1992:22)

No projeto MAISA II (UERJ), voltado à atenção integral à saúde do adolescente, o trabalho em Equipe Multidisciplinar corresponde a um dos eixos principais do Programa:

“o programa é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar integrada por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e odontólogos, além das diversas especialidades médicas, onde os profissionais atuam numa proposta de atenção integral, com atividades de caráter individual e de grupo.” (RUZANY; PERES, 1992:157)

Da mesma forma, o Programa de atenção Integral à Gestante Adolescente (PAIGA) era “desenvolvido por uma equipe multidisciplinar composta por obstetras, pediatras, psiquiatras, enfermeiras, odontóloga, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta” (VIÇOSA et al., 1992:21), a fim de ampliar as atividades realizadas e potencializar as respostas às necessidades de saúde junto às adolescentes. O atendimento clínico, composto pelo atendimento “obstétrico, pediátrico, ginecológico, psicológico” aliado aos “Serviços de Apoio – Nutrição, odontologia, enfermagem serviço social” (VIÇOSA et al., 1992:21) e a Assistência ao Parto e ao Puerpério, configuravam algumas das atividades desenvolvidas pela equipe. Nota-se que as diversas atividades assistenciais não se encontram centradas em apenas uma categoria profissional, pelo contrário, representam uma importante descentralização do cuidado, tradicionalmente restrito à prática médica.

Segundo MAINIERI (1998) “frente a problemas relacionados aos aspectos emocionais, familiares e sociais, cabe ao clínico a solicitação do parecer e orientação de profissionais de áreas específicas, tais como, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros.” (MAINIERI, 1998:245)

Cabe ressaltar que os processos de trabalho das equipes multiprofissionais, na década de 90, ainda encontravam-se organizados de maneira fragmentada, uma vez que a depender do tipo de necessidade identificada – biológica, psicológica ou social - o paciente seria “encaminhado” a outras categorias profissionais para a realização do atendimento ou para a solicitação de um parecer acerca do problema identificado.

Em 1984, o Ministério da Saúde, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que se configura como um dos exemplos de *modelo assistencial alternativo* (PAIM, 1994) construído mediante a “busca feminista pelo

reconhecimento da relação entre a luta pela saúde e o resgate do papel de sujeito das mulheres.” (AGUIAR, 1996:9)

O PAISM, assim como outros programas, utilizava como referencial teórico o modelo BPS ao buscar oferecer “uma perspectiva holística sobre a saúde da mulher, integrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais” (AGUIAR, 1996:14) de forma a abranger questões fundamentais para a efetivação da atenção integral tais como: planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gestação precoce e aborto, sexualidade, “problemas decorrentes de situações conflitivas de vida a que as mulheres estão expostas e que são frequentemente interpretados pelos profissionais de saúde como ‘queixas vagas’ e desqualificadas.” (AGUIAR, 1996:9)

Este Programa representou uma das conquistas do movimento feminista brasileiro e constitui uma proposta diferenciada em relação aos demais programas em virtude da “ênfase do PAISM na transformação do modelo assistencial, via mudanças nas relações entre profissionais e usuárias (...)” (AGUIAR, 1996:10) esta última considerada um potente agenciador de transformações dos modelos assistenciais de saúde.

“A mudança no modelo assistencial é intrínseca à proposta de transformação nas relações entre profissionais e usuárias, e consonante com a necessidade de que a reformulação do sistema de saúde brasileiro, conforme referendada na Constituição de 1988, supere a mera reorganização administrativa. (...) o PAISM entende a relação entre profissionais e usuárias como oportunidade de aprendizado mútuo e transformação dos dois sujeitos.” (AGUIAR, 1996:9)

Diante disso, as formas biomédicas (fragmentadoras e reducionistas) de comunicação-interação entre médicos e pacientes, poderiam gradativamente transformar-se em uma abordagem considerada “mais integral”, na qual o diálogo entre médicos e pacientes almejaria o reconhecimento mútuo de questões não estritamente relacionadas à dimensão biológica.

No entanto, apesar da ênfase em relação à importância dos aspectos comunicacionais e interativos para a realização da abordagem integral, não se identifica uma descrição detalhada acerca dos conteúdos das entrevistas e das estratégias comunicacionais-interativas necessárias à realização deste tipo de abordagem no ato do encontro entre médicos e pacientes, conforme discutido anteriormente.

Além das características referentes à atenção integral descritas até o presente momento – o modelo biopsicossocial como referencial teórico, incorporação das ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde e o trabalho em equipe multiprofissional – foram identificados, após a leitura dos textos selecionados na base de dados LILACS mediante a utilização da palavra-chave *Integral*, outros três atributos peculiares deste tipo de cuidado à saúde: a) o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e usuários; b) a articulação dos três níveis de atenção voltados ao estabelecimento de um cuidado integral à saúde; c) o reconhecimento das necessidades de saúde de indivíduos e populações.

O estabelecimento de vínculos mediante o contato longitudinal entre profissionais e usuários, segundo os pressupostos da atenção integral, poderiam constituir uma estratégia crucial no sentido de poder estender o cuidado à saúde para o núcleo familiar. (VIÇOSA et al., 1992:22)

Segundo MAINIERI (1998), o vínculo poderia ser considerado como um recurso para o estabelecimento de uma melhor adesão às orientações e às propostas terapêuticas elaboradas no encontro clínico além de viabilizar “uma canal aberto para a busca de apoio em outras situações que venham a surgir, comparecendo espontaneamente a outras consultas sempre que sentir necessidade.” (MAINIERI, 1998:244-245)

Diante destas proposições, é importante ressaltar que ambos os autores, não reconheciam o estabelecimento do vínculo como algo inerente às práticas de cuidado em si, como uma interação agenciadora do cuidado e da atenção integral, especialmente no nível da APS, no qual o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários seria considerado um dos atributos fundamentais.

O segundo atributo – articulação entre os três níveis de atenção – fora mencionado em relação à Atenção Integral à Saúde do adolescente (Projeto MAISA II), que se propunha a organizar uma rede assistencial de referência e contra-referência, que permitiria que o adolescente fosse atendido em outros serviços de saúde alocados nos níveis primário (unidades de saúde), secundário (ambulatorial) e terciário (hospitalar), de acordo com a necessidade, por intermédio de “formulários específicos” (RUZANY; PERES, 1992:156).

Diante disso, a prática médica baseada nos pressupostos da atenção integral não estaria restrita à atuação em determinado nível de atenção à saúde, mas

possibilitaria a realização de um atendimento articulado entre os níveis de atenção à saúde de acordo com as necessidades dos pacientes.

Finalmente o último atributo – o reconhecimento das necessidades de saúde no encontro entre médicos e pacientes – estaria pautado pela “busca por uma visão global, tanto dos aspectos clínicos como psicológicos e sócio-familiares” expressas verbalmente pelos pacientes ou “percebidos pelos médicos a partir da observação de expressões não-verbais no decorrer da entrevista e do exame físico”. (MAINIERI, 1998:245)

O autor identifica claramente “o quê” poderia ser abordado no encontro clínico de acordo com o modelo biopsicossocial: os aspectos clínicos, psicológicos e sócio-familiares inerentes a cada paciente. Todavia, não identificou ao longo do discurso “como” os médicos poderiam abordar os pacientes no ato do encontro clínico a fim de buscar reconhecer tais dimensões, assim como desenvolver as habilidades e atitudes médicas comunicacionais-interativas que permitissem um diálogo, a construção de narrativas acerca dos modos de andar na vida dos pacientes diante de um processo de adoecimento.

6. Considerações Finais

A “fusão de horizontes” com as tradições discursivas que problematizaram a comunicação-interação entre médicos e pacientes na década de 90: possíveis convergências e divergências entre a Medicina Centrada no Paciente, a Medicina Baseada em Narrativa, a abordagem integral e a integralidade “como boa prática médica”

A presente dissertação buscou apreender os fundamentos e proposições das tradições discursivas que problematizaram, na década de 90, os processos comunicacionais-interativos estabelecidos entre médicos e pacientes no nível da atenção primária.

Ao longo do processo, analisamos e discutimos algumas das principais proposições conceituais destas tradições mediante a leitura e interpretação de textos indexados às bases de dados do MEDLINE e LILACS.

Identificamos algumas semelhanças e diferenças entre as tradições estudadas e passamos a vislumbrar possíveis interfaces entre a MCP, a MBN, a abordagem integral (*comprehensive care*) e a integralidade “como boa prática médica”, de forma que possamos evidenciar futuras potencialidades e/ou limites de suas proposições teóricas para a prática médica na contemporaneidade.

Dentre as principais diferenças encontradas, primeiramente identificamos que, tanto a Medicina Centrada no Paciente como a Medicina Baseada em Narrativa, apresentavam em seu discurso a aposta na transformação dos processos comunicacionais-interativos estabelecidos entre médicos e pacientes como caminho para qualificar a prática médica no nível da atenção primária à saúde.

Já a abordagem integral (*comprehensive care*) e a integralidade “como boa prática médica” pressupunham que, para a qualificação das formas de comunicação-interação, seria imprescindível a problematização e resignificação das políticas públicas, das formas de organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde vigentes, uma vez que os diálogos estabelecidos nestes encontros clínicos seriam influenciados direta ou indiretamente por estes fatores.

A partir destas diferenças e com o intuito de facilitar a identificação de possíveis convergências/divergências agrupamos as quatro tradições em dois

blocos distintos a saber: a) Bloco 1 - composto pela Medicina Centrada no Paciente e a Medicina Baseada em Narrativa; b) Bloco 2 – composto pela abordagem integral (*comprehensive care*) a integralidade “como boa prática”.

A fim de traçarmos as possíveis comparações entre estas tradições discursivas, optamos por analisar os dois blocos utilizando as categorias analíticas originalmente desenvolvidas para a compreensão do discurso de cada tradição conforme descrito nos Quadros 9 e 10.

Categorias	Medicina Centrada no Paciente	Medicina Baseada em Narrativa
País de origem	⇒ Canadá	⇒ Inglaterra
Emergência da tradição (período)	⇒ Década de 90	⇒ Década de 90
Contexto político-econômico	⇒ Contenção de gastos com a saúde; ⇒ Acesso à assistência médica mediante pagamento realizado pelos usuários às empresas privadas; ⇒ Acesso aos programas públicos financiados pelo Governo (MEDCARE e MEDICAID) restrito às populações específicas; ⇒ Médico “duplo agente” (cuidado do paciente <i>versus</i> aumento do lucro dos serviços privados); ⇒ Contenção de gastos como principal norteador das decisões clínicas;	⇒ Contenção de gastos com a saúde; ⇒ APS como eixo estruturante da organização do Sistema de Saúde; ⇒ Acesso universal à saúde; ⇒ Médico racionalizador de recursos (<i>gatekeeper</i>) e gerenciador do cuidado; ⇒ Medicina Baseada em Evidências como referencial norteador das decisões clínicas;
Atitude teórico-ideológica	⇒ Crítica à medicina centrada na doença, ao paroxismo da racionalidade biomédica e a assistência médica pautada pela contenção de gastos;	⇒ Crítica à Medicina Baseada em Evidências e ao paroxismo da racionalidade biomédica;
Bases teóricas das tradições	⇒ Distinção entre doença (<i>disease</i>) e experiências de adoecimento (<i>illness</i>); ⇒ Compreensão da pessoa como um todo (contexto social, de trabalho, familiar e cultural); ⇒ Valorização da relação médico-paciente; ⇒ Ênfase na prevenção e promoção; ⇒ Realismo no uso do tempo e dos recursos; ⇒ Busca de um campo comum de interesses (decisão compartilhada);	⇒ Precaução em relação à atitude de psicologização da consulta clínica; ⇒ Interesse nas narrativas dos pacientes (curiosidade); ⇒ Tolerância a diferentes pontos de vista (neutralidade); ⇒ Compreensão do caráter terapêutico do diálogo (conversação); ⇒ Ênfase na idéia de circularidade das narrativas (em contraposição à linearidade do raciocínio médico clínico); ⇒ Valorização da parceria entre médicos e pacientes voltado a construção de narrativas (co-criação); ⇒ Reconhecimento dos os múltiplos contextos das narrativas;
Modos de fundamentação das proposições	⇒ Realização de pesquisas quantitativas com utilização de análise estatística e modelos matemáticos;	⇒ Realização de pesquisas qualitativas com utilização de análise interpretativa e de discurso;
Tecnologias de formação recursos humanos	⇒ Utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizado; ⇒ Utilização de recursos pedagógicos-tecnológicos (gravação de áudio e vídeo dos encontros clínicos) aliado a técnicas interativas (Role-play, discussão de casos individual e em grupo entre outros); ⇒ Incorporação de tecnologias computadorizadas para o ensino-aprendizado (em sala de aula e durante as consultas clínicas);	⇒ Utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizado; ⇒ Utilização de recursos pedagógicos-literários (textos clássicos de literatura internacional e casos narrativos sobre ética médica e textos narrativos elaborados por médicos/pacientes); ⇒ Incorporação de saberes de outras áreas de conhecimento para a qualificação e humanização da Medicina (disciplina de Humanidades Médicas);

Quadro 9. Comparação entre os pressupostos teóricos da Medicina Centrada no Pacientes versus Medicina Baseada em Narrativa.

Categorias	Abordagem integral (comprehensive care)	Integralidade “como boa prática médica”
País de origem	⇒ Estados Unidos	⇒ Brasil
Emergência da tradição (período)	⇒ Década de 50-60	⇒ Década de 80
Contexto político-econômico	⇒ Contenção de gastos com a saúde; ⇒ Crescente Tecnologização da Medicina; ⇒ Acesso à assistência médica mediante pagamento realizado pelos usuários às empresas privadas; ⇒ Acesso aos programas públicos financiados pelo Governo (MEDCARE e MEDICAID) restrito às populações específicas; ⇒ Iniquidade no acesso à saúde;	⇒ Reforma sanitária; ⇒ Promulgação da Constituição de 1988 (saúde como direito de todos); ⇒ Elaboração das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (universalidade, integralidade e equidade); ⇒ Intenso movimento político-social voltado a (re)organização dos serviços e práticas de saúde a partir da articulação entre os níveis de atenção à saúde;
Atitude teórico-ideológica	⇒ Crítica às práticas de saúde centralizadas, verticalizadas e fragmentadas; ⇒ Crítica à crescente dissociação entre as práticas assistenciais e preventivas; ⇒ Crítica a racionalidade biomédica e ao modelo unicausal de determinantes de doenças (biológico); ⇒ Crença na transformação do currículo médico como estratégia de qualificação do trabalho médico;	⇒ Crítica às práticas de saúde centralizadas, verticalizadas e fragmentadas; ⇒ Crítica à crescente dissociação entre as práticas assistenciais das ações de prevenção, promoção e reabilitação; ⇒ Crítica a organização dos serviços de saúde e ao atendimento do tipo “demanda espontânea” centrado em sintomas de doenças; ⇒ Crença na transformação da organização dos serviços e processos de trabalho em saúde como estratégia de qualificação do trabalho médico;
Bases teóricas das tradições	⇒ Utilização do modelo biopsicossocial como referencial teórico-prático; ⇒ Desenvolvimento de estratégias de comunicação voltadas ao reconhecimento das dimensões biológicas, psicológicas, sociais dos sujeitos; ⇒ Articulação entre as ações assistenciais e as ações de prevenção às doenças e promoção de saúde no ato do encontro clínico;	⇒ Utilização do modelo biopsicossocial como referencial teórico-prático; ⇒ Desenvolvimento de estratégias comunicacionais voltadas ao reconhecimento de necessidades de saúde singulares de indivíduos e populações; ⇒ Articulação entre ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação; ⇒ Articulação entre os saberes técnico-científicos e os saberes práticos (uso prudente do conhecimento);

Quadro 10. Comparação entre os pressupostos teóricos da abordagem integral (comprehensive care) e a integralidade “como boa prática médica”.

Categorias analíticas	Abordagem integral (comprehensive care)	Integralidade
Modos de fundamentação das proposições	⇒ Textos teórico-conceituais com ênfase na descrição de Programas de atenção Integral à saúde voltada a grupos populacionais específicos;	⇒ Textos teórico-conceituais sobre o conceito da integralidade; ⇒ Textos problematizadores das formas vigentes de organização dos serviços e práticas de saúde; ⇒ Textos apresentando novas proposições relacionadas às formas de organização dos serviços de saúde; ⇒ Textos descritivos de programas de atenção Integral à saúde conforme as fases do ciclo vital (crianças, adolescentes, mulheres, adultos jovens e idosos);
Tecnologias de formação recursos humanos	Não identificada no discurso da década de 90;	Não identificada no discurso da década de 90;

Quadro 10. (Cont.) Comparação entre os pressupostos teóricos da abordagem integral (comprehensive care) e a integralidade “como boa prática médica”.

A partir da elaboração deste quadro comparativo, é possível reconhecer algumas convergências em relação às bases teóricas das quatro tradições pesquisadas, tais como: a) a valorização do trabalho em equipe multiprofissional e o reconhecimento das necessidades de saúde de acordo com o modelo Biopsicossocial (abordagem integral e integralidade); b) a proposição de uma construção compartilhada de planos de cuidado e qualificação da escuta e dos tipos de pergunta realizadas durante o encontro entre médicos e pacientes (MCP e MBN); c) a incorporação do discurso preventivista como forma de qualificar as ações de atenção à saúde tanto no nível individual quanto coletivo (MCP, abordagem integral e integralidade); d) a busca de definição específica dos modos de produção de planos de cuidado, tais como, estabelecimento de problemas, metas e papéis (MCP), planos de cuidado compartilhados e baseados em narrativa (MBN) e a articulação entre os saberes técnico-científicos e práticos de maneira prudente (integralidade “como boa prática”); e) a ampliação das dimensões da entrevista médica em relação aos domínios da anamnese tradicional centrada na doença (MCP, abordagem integral e integralidade); f) recomendação de ações articuladas junto aos profissionais de outros níveis de atenção à saúde (abordagem integral e integralidade).

Diante das semelhanças acima apontadas, acreditamos que cada uma das tradições elaborou ao longo da década de 90, propostas inovadoras em relação à

temática da comunicação-interação entre médicos e pacientes no nível da atenção primária à saúde. Não faria sentido, de acordo com a perspectiva filosófico-metodológica aqui adotada, eleger qualquer uma delas como a “melhor forma” de qualificar os processos de comunicação-interação na APS e/ou utilizar uma única “fórmula mágica” - técnica específica – a fim de superarmos as formas “afunilativas” de conversação entre médicos e pacientes.

Neste sentido, propomos uma “fusão de horizontes” (GADAMER, 2005:488) entre as proposições teóricas da MCP, MBN, abordagem integral (comprehensive care) e integralidade “como boa prática”, com o intuito de vislumbrarmos novas possibilidades e perspectivas em relação aos modos como são estabelecidos os diálogos entre médicos e pacientes na APS na contemporaneidade.

Para tanto, acreditamos que as dimensões propostas pela MCP - percepção do paciente sobre o processo de adoecimento (idéias, sentimentos, efeitos na função e expectativas), contextos familiares, sociais, culturais e de trabalho, ações de prevenção e promoção - poderiam ser incorporadas à entrevista médica, uma vez que esta tradição especifica claramente os domínios que poderiam ser abordados com o objetivo de ampliar e compreender as singularidades e necessidades de saúde dos pacientes para além das doenças. No entanto, não poderíamos restringir o diálogo entre médicos e pacientes à execução de perguntas relacionadas exclusivamente a estas dimensões, a fim de não reproduzirmos a estrutura da entrevista médica clássica que define *a priori* “o quê” deveria ser perguntado sem possibilitar a abertura para a elaboração de discursos de outras naturezas, sem permitir a abertura para o novo, para o diferente. Além disso, a MCP, ao não especificar claramente “como” poderíamos articular estas novas dimensões no ato do encontro clínico, pode reforçar a idéia de que, para qualificarmos os processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes, seria suficiente apenas agregarmos novas dimensões de questionamentos à anamnese tradicional.

Esta lacuna, identificada no discurso da MCP, foi problematizada a fundo pela MBN, ao propor um deslocamento do enfoque médico tradicional, da prática centrada na busca por sintomas de doenças, para a prática médica baseada em narrativa, por meio do desenvolvimento de habilidades médicas interpretativas e comunicacionais. Acreditamos que a MBN, desenvolveu proposições teóricas fundamentais a qualificação dos processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes na APS, baseadas no refinamento da escuta e a elaboração de

perguntas que permitam a construção das narrativas, pelas quais as necessidades de saúde e singularidades dos sujeitos possam ser reconhecidas e compreendidas. Portanto, acreditamos que para ampliar as dimensões da entrevista médica tradicional, conforme proposto pela MCP, seria imprescindível o desenvolvimento de habilidades narrativas, interpretativas e comunicacionais. Diante disso, consideramos que as tradições da MCP e da MBN seriam complementares entre si.

Entretanto, ao não especificar *a priori* as dimensões que deveriam ser abordadas no encontro entre médicos e pacientes, a MBN poderia provocar uma outra forma de desconexão, no qual o “mundo da vida” relegaria ao segundo plano o “mundo da medicina”. Cabe ressaltar que o que desejamos é uma articulação entre os dois mundos e não uma nova forma de dicotomização similar à evidenciada nas práticas de saúde pautadas pela racionalidade biomédica.

Compreendemos que a abordagem integral (*comprehensive care*), representa um importante avanço em relação à abordagem biomédica ao propor a integração de outras duas novas dimensões – a psicológica e a social - à dimensão biológica, classicamente associada à anamnese tradicional (centrada na doença). Que contribuições podemos identificar nas proposições teóricas da abordagem integral (*comprehensive care*)?

Identificamos duas questões que merecem destaque nesta tradição. A primeira delas refere-se ao discurso relacionado à articulação das ações de prevenção aos agravos e de promoção de saúde às práticas médicas assistenciais. Concordamos que estas ações são essenciais ao trabalho médico na atenção primária à saúde, pois intentam superar o modelo biomédico-curativista, entretanto, gostaríamos de ressaltar que nenhuma das tradições que incorporaram o discurso preventivista, tais como, a MCP e a integralidade “como boa prática médica”, discutiu “como” desenvolver estratégias comunicacionais que viabilizassem a realização destas ações no encontro entre médicos e pacientes. Consideramos imprescindível, para a efetivação prática das ações de prevenção e promoção de saúde na APS, que desenvolvêssemos um diálogo junto aos pacientes norteado pela busca de autonomia em relação ao Cuidado e que pudéssemos, mediante ao reconhecimento dos modos de ser-estar no mundo do outro e das dificuldades e potencialidades de cada sujeito, construirmos conjuntamente tais ações.

A segunda questão refere-se à aposta da tradição da abordagem integral (*comprehensive care*), no trabalho das equipes multiprofissionais (proposição

também evidenciada na integralidade “como boa prática”). Cabe ressaltar que, ao propor a ampliação da dimensão biológica, agregando as dimensões psicológica e social, a abordagem integral (*comprehensive care*) julgava necessária a incorporação de outros profissionais, tais como psicólogos e assistentes sociais, ao trabalho na atenção primária, para que os problemas desta natureza fossem “encaminhados” aos profissionais especializados no assunto. Entretanto, consideramos de suma importância para a qualidade da atenção à saúde que os médicos de atenção primária estejam aptos a reconhecer e abordar minimamente tais necessidades (psicológicas e sociais) a fim de construir (e não apenas encaminhar) junto aos profissionais de outras áreas, projetos de cuidado de uma maneira menos fragmentada e mais articulada.

Em relação à integralidade “como boa prática médica”, gostaríamos de ressaltar dois aspectos. O primeiro deles, refere-se à interessante proposta de reconhecimento das *necessidades de saúde* no encontro entre médicos e pacientes, não evidenciada explicitamente nas demais tradições estudadas. Acreditamos que o diálogo entre médicos e pacientes poderia ser norteado pela busca das necessidades de saúde dos sujeitos, sem precisarmos circunscrever (e engessar) de antemão as dimensões que deveriam ser abordadas no encontro clínico, conforme evidenciado nas tradições da MCP e na abordagem integral (*comprehensive care*).

O segundo aspecto refere-se ao modo de construção dos planos de atenção à saúde no encontro entre médicos e pacientes. A integralidade “como boa prática médica” propõe que os médicos, ao elaborar as ações de atenção à saúde, devam utilizar de forma prudente os conhecimentos técnico-científicos sobre a doença de acordo com as necessidades de saúde e singularidades dos pacientes. Contudo, esta tradição não desenvolveu, ao longo da década de 90, um discurso relacionado à participação ativa dos pacientes na elaboração das propostas de cuidado. De todo modo, gostaríamos de reiterar a importância das proposições da MCP e da MBN, pois ambas as tradições difundiram a idéia de elaboração dos projetos de cuidado de forma compartilhada, em parceria com os pacientes. Acreditamos que as estratégias de atenção à saúde na APS, poderiam ser guiadas pelo uso prudente do conhecimento técnico-científico das doenças de acordo com as necessidades e singularidades dos sujeitos, conforme preconizado pela tradição da integralidade “como boa prática”, mas necessariamente deveriam ser construídas de forma

compartilhada junto aos pacientes a fim de resgatar a autonomia dos sujeitos frente aos processos de adoecimento.

Diante destas colocações, podemos observar que todas as tradições apresentaram importantes reflexões e contribuições para a qualificação dos processos de comunicação-interação entre médios e pacientes no nível da APS.

De acordo com a importante discussão evidenciada ao longo do discurso da abordagem integral (*comprehensive care*) e da integralidade como “boa prática médica” na década de 90, acerca da influência da organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho na qualidade dos processos comunicacionais entre médicos e pacientes perguntamos: Que modelos assistenciais poderiam facilitar e potencializar o estabelecimento de uma melhor comunicação entre médicos e pacientes na APS? Que transformações nas formas e organização dos serviços de APS e dos processos de trabalho seriam necessárias para qualificar os processos de comunicação entre médicos e pacientes? Qual o tempo de consulta necessário para o estabelecimento de um diálogo não apenas centrado no diagnóstico de doenças? Como compatibilizar as exigências impostas pelos Estados e Municípios acerca do número de consultas (indicadores de produção) por período de atendimento com qualificação dos processos de comunicação entre médicos e pacientes? As proposições apresentadas são factíveis diante do contexto de práticas médicas de atenção primária no Brasil?

Acreditamos que a qualificação dos processos comunicacionais entre médicos e pacientes, encontra-se atrelada a uma importante resignificação dos modos de organização dos serviços e processos de trabalho, especialmente se tomarmos como referência a Estratégia de Saúde da Família, uma das principais modalidades assistenciais de APS do País.

Recentemente, os gestores estaduais e municipais de atenção primária do Estado de São Paulo, elaboraram o Documento Norteador da ESF (SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO, 2005) que estabelece inúmeros indicadores e metas de produtividade com o intuito de organizar as práticas de saúde neste nível de atenção. Entretanto, as metas e indicadores propostos neste documento, configuram-se como uma estratégia gerencial de regulação das práticas médicas e dos processos de trabalho em saúde, que relega ao segundo plano a qualidade das ações assistenciais prestadas a indivíduos e comunidades.

Algumas destas metas de produtividade poderiam dificultar o estabelecimento de processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes voltados ao reconhecimento de necessidades de saúde e elaboração de planos compartilhados. Dentre elas, podemos citar a abusiva meta de cadastramento de usuários por equipe de saúde da família (atualmente estimada em aproximadamente 4000 pessoas de acordo com o documento norteador da ESF do Estado de São Paulo), e a meta de ao número de consultas médicas por período de atendimento (16 consultas em 4 horas de trabalho, ou seja, aproximadamente 15 minutos de consulta por paciente).

Além disso, a ESF preconiza a redução das taxas de morbi-mortalidade mediante a organização da assistência aos agravos de saúde mais prevalentes, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, relegando, muitas vezes, ao segundo plano o reconhecimento outras necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Portanto, seria de fundamental importância que os gestores estaduais e municipais de APS, alinhassem as propostas de gestão e organização dos processos de trabalho às propostas de qualificação dos diálogos entre médicos e pacientes, a fim de proporcionarmos: a) condições de trabalho mais adequadas (reduzindo o número de usuários cadastrados por equipe e, por sua vez aumentando o tempo de consulta); b) o aumento da efetividade e da qualidade das práticas médicas neste nível de atenção; c) o reconhecimento das necessidades de saúde e singularidades dos sujeitos, sem restringi-las ao cuidado centrado puramente nas doenças, devido às restrições de tempo impostas por metas de produtividade.

Além da resignificação dos modos de organização dos serviços e dos processos de trabalho, consideramos que qualificação do diálogo estabelecido entre médicos e pacientes, encontra-se atrelada ao desenvolvimento de estratégias pedagógicas voltadas ao ensino-aprendizado de habilidades comunicacionais ao longo dos processos de formação médica (graduação e/ou residência).

Para tanto, elaboramos algumas questões em relação às tecnologias de ensino-aprendizado e formação de recursos humanos que merecem ser discutidas: Que estratégias institucionais seriam necessárias para integração do ensino das habilidades de comunicação ao currículo das escolas médicas? Como desenvolver metodologias de ensino-aprendizado de habilidades de comunicação-interação ao longo do processo e formação na graduação e na residência médica? Quais os

objetivos pedagógicos destes processos de formação? Que tecnologias de formação de recursos humanos seriam imprescindíveis ao ensino de habilidades de comunicação no contexto das práticas de saúde brasileiras? Como capacitar o corpo docente das faculdades médicas para propiciar o desenvolvimento das habilidades comunicacionais junto aos alunos? Como poderiam ser avaliados os processos de formação desenvolvidos?

Diante destes questionamentos, compreendemos que a inclusão da temática da comunicação e interação nos processos de formação das escolas médicas brasileiras não constitui uma tarefa de fácil execução, uma vez que a concretização de tamanho desafio depende de inúmeros fatores. Inicialmente, consideramos como possíveis fatores dificultadores da inserção desta temática nos processos de formação médica: a) a invisibilidade do tema nas escolas médicas do País; b) a resistência dos docentes das disciplinas médicas tradicionais (especialmente da área de propedêutica); c) os métodos de ensino-aprendizado “bancários” (FREIRE, 1977) tradicionalmente utilizados pelos docentes ao longo dos processos de formação; d) os cenários de ensino predominantemente restritos ao ambiente hospitalar; e) a falta de recursos materiais (como câmeras de vídeo e gravadores de áudio); e) despreparo dos professores para a efetivação dos processos educacionais voltados ao desenvolvimento de habilidades de comunicação.

Portanto, acreditamos que uma das possíveis estratégias de inserção e desenvolvimento das habilidades de comunicação-interação para alunos em processo de formação nas escolas médicas brasileiras, parte da problematização e discussão desta temática junto aos docentes das disciplinas e diretores das faculdades, de forma que pudéssemos identificar e estabelecer parcerias para a construção coletiva deste processo.

Cabe ressaltar que, além do espaço da graduação médica, consideramos de fundamental importância o ensino-aprendizado de habilidades de comunicação-interação nos programas de residência de Medicina de Família e Comunidade, uma vez que o desenvolvimento de tais habilidades seria imprescindível à qualificação da atuação médica na APS.

Em relação à construção de saberes teórico-práticos relacionados à temática da comunicação entre médicos e pacientes, gostaríamos de ressaltar a necessidade de desenvolvermos um significativo arcabouço de conhecimentos relacionados a esta temática de acordo com o contexto de práticas médicas no Brasil. Diante disso,

questionamos: Que metodologias de pesquisa seriam adequadas à compreensão e avaliação dos processos de comunicação entre médicos e pacientes na APS? Quais os modelos teóricos que auxiliariam o estudo das formas de comunicação-interação? Que tipos de análises poderiam ser realizadas?

De acordo com os modos de fundamentação das proposições descritos anteriormente, gostaríamos de reiterar a proposta de utilizarmos recursos metodológicos quantitativos e qualitativos para compreendermos os processos de comunicação-interação entre médicos e pacientes na contemporaneidade, uma vez que ambas as metodologias agregam importantes contribuições para a construção do conhecimento acerca desta temática, conforme demonstrado ao longo deste trabalho.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A.C. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. Rev. baiana saúde pública;22(1/4):7-18, dez.1996 - jan.1997.
- ANDRADE, M.V., LISBOA, M.B. Velhos Dilemas no Provimento de Bens e Serviços de Saúde: Uma Comparação dos Casos Canadense, Inglês e Americano. Nova Economia | Belo Horizonte | v. 10 | n. 2 | dez. 2000
- ANGELL, M., The Doctor as Double Agent. Kennedy Institute of Ethics Journal Vol. 3, No. 3, 279-286,1993 .
- ARNOLD RM, FORROW L. Rewarding medicine: good doctors and good behavior. Ann Intern Med. 1990 Nov 15;113(10):794-8.
- AYRES, J.R.C.M, Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. Cienc.Saúde coletiva. Rio de Janeiro, V6, n 1, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. INTERFACE – Comunic. Saúde, educ., V8,n.14, p.73-92, set 2003-fev.2004.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, V13. n3. p.16-29, set-dez 2004.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005.vol10.n3.pp 549-560.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis. Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 43-62, 2007.
- AYRES, J.R.C.M. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. 3º Ed.São Paulo:HUCITEC, 2008.328p.
- BARTZ R. Beyond the biopsychosocial model: new approaches to doctor-patient interactions. J Fam Pract. 1999 Aug;48(8):601-7.
- BECKMAN, H.B, FRANKEL, R.M.The effect the physician behavior on the collection of data. Annals Internal Medicine, 101, 692-696,1984.
- BLEICHER, J. Hermenêutica Contemporânea. O Saber da Filosofia. Edições 70, Lisboa. 1980.
- BOYD, J.W. Narrative aspects of a doctor-patient encounter. The Journal of Medical humanities. 1996;17(1):5-15.
- BRINDIS CD, BERKOWITZ G, CLAYSON Z, LAMB B. California's approach to perinatal substance abuse: toward a model of comprehensive care. J Psychoactive Drugs. 1997 Jan-Mar;29(1):113-22.

- BRODY H. The biopsychosocial model, patient-centered care, and culturally sensitive practice. *J Fam Pract.* 1999 Aug;48(8):585-7.
- BROWN JB, STEWART M, MCWILLIAM CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns.* 1999 Oct;38(2):121-9.
- CAMARGO JR., K.R. *Biomedicina, saber & Ciência: Uma abordagem Crítica.* HUCITEC, São Paulo, 2003.
- CAPONI, Sandra. "Da compaixão à solidariedade; uma genealogia da assistência médica" *in* Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2000.
- CAPRARA, A. [A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica](#) *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3):647-654, jul-set, 1999.
- CAPRARA, A. RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente:repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, 2004, vol.9, no.1, p.139-146. ISSN 1413-8123.
- CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: Bodstein, Regina C. de A. *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.* Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993. p.117-30.
- CASSELL EJ. Teaching the fundamentals of primary care: a point of view. *Milbank Q.* 1995;73(3):373-405.
- CASTIEL, L.D; PÓVOA, E.C.Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"...Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2001, vol.17, n 1. p. 205-214.
- CHURCHILL LR. "Damaged humanity": the call for a patient-centered medical ethic in the managed care era. *Theor Med.* 1997 Mar-Jun;18 (1-2):113-26.
- COHN, A.; ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços.* 5ª. Ed. SAO PAULO: CORTEZ/CEDEC, 1996. 133 p.
- COLLINS. *COBUILD Advanced Learner's English Dictionary.* 2006 Ed. Collins. p.1708
- COWAN, D.; DANOFF, D.; DAVIS,A. DEGNER, L.; JERRY, M.; KURTZ, S.; LAIDLAW,J.; MACLEAN,A.;TILL,J.; THOMSEN, P. Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. Workshop report. *Canadian Medical Association Journal.* 147 (8), 1992.

DALMASO, A.S.W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde debate*;(44):35-8, set. 1994.

DESGUIN BW, HOLT IJ, MCCARTHY SM. Comprehensive care of the child with a chronic condition. Part 1. Understanding chronic conditions in childhood. *Curr Probl Pediatr*. 1994a Jul;24(6):199-218.

DESGUIN BW, HOLT IJ, MCCARTHY SM. Comprehensive care of the child with a chronic condition. Part 2. Primary Care Management. *Curr Probl Pediatr*. 1994b Aug;24(7):230-48.

DONNANGELO M.C., PEREIRA, L. ***Saúde e sociedade***. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

EDWARDS A, TZELEPIS A, KLINGBEIL C, MELGAR T, SPEECE M, SCHUBINER H, BURACK R. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicine-pediatrics residents. *Acad Med*. 1996 Jul;71(7):744-8.

EGGLY S, AFONSO N, ROJAS G, BAKER M, CARDOZO L, ROBERTSON RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med*. 1997 May;72(5):397-9.

ELWYN G, GWYN R. Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ*, 1999 Jan 16;318(7177):186-8.

ELWYN GJ. So many precious stories: a reflective narrative of patient based medicine in general practice, Christmas 1996. *BMJ*. 1997 Dec 20-7;315(7123):1659-63.

EMANUEL,E.J.;EMANUEL, L.L. Four Models of Physician-patient relationship. *JAMA*, n.267, p. 2221-6, 1992.

FADEN RR, BECKER C. LEWIS C, FREEMAN J, FADEN AL. Disclosure of information to patients in medical care. *Med Care* 1981;19:718-33.

FALK, L.A. Changing Concepts in Comprehensive Health Care - comprehensive care in Health Programs – II. *Journal of the national medical association*. November, 1972.

FOX R, PILLAI M, PORTER H, GILL G. The management of late fetal death: a guide to comprehensive care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 Jan;104(1):4-10.

FRANCO, A.L.S., BASTOS, A.C.S., ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2005, vol.21, no.1, p.246-255. ISSN 0102-311X

- FREELING P., RAO B.M., PAYKEL E.S., SIRELING L.I., BURTON R.H. Unrecognised depression in general practice. *BMJ* 1985;290:1880-3.
- FREIRE, P. *Pedagogia Do Oprimido*. Ed. Paz e Terra. 4ª Edição, 1977. 218p.
- GADAMER, H.G. *Verdade e Método: Traços fundamentais de um hermenêutica filosófica*. Volume 1. 7º Ed. Petrópolis, RJ : Editora VOZES.2005. 631 p.
- GADAMER, H.G. *O caráter oculto da saúde*. 1º ed. Editora VOZES. 2006.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. *Atenção Primária à Saúde*. In: Giovanella,L.;Escorel,S.; Lobato,L.V.R.; Noronha,J.R; Carvalho, A.I. (orgs) *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2008.
- GOOD BJ, DEL VECCHIO GOOD MJ. In the subjunctive mode: epilepsy narratives in Turkey. *Soc Sci Med*. 1994 Mar;38(6):835-42.
- GREENHALGH, T. Narrative based medicine in an evidence based World. *BMJ*, volume 318, 30 jan 1999.
- GREENHALGH T, HURWITZ B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*. 1999 Jan 2;318(7175):48-50.
- GREENHALGH, T. & HURWITZ, B., 1998. *Narrative-based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: British Medical Journal Publishing Group.
- HARLESS WG, DUNCAN RC, ZIER MA, AYERS WR, BERMAN JR, POHL HS. A field test of the TIME patient simulation model. *Acad Med*. 1990 May;65(5):327-33.
- HARRISON AE, SILENZIO VM. Comprehensive care of lesbian and gay patients and families. *Prim Care*. 1996 Mar;23(1):31-46.
- HEALTH CANADÁ. *O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá*. Acessado em 04 de agosto de 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/> . Julho de 1999.
- HELLSTRÖM O, LINDQVIST P, MATTSSON B. A phenomenological analysis of doctor-patient interaction: a case study. *Patient Educ Couns*. 1998 Jan;33(1):83-9.
- HOLLENDER M.H; SZASZ T.S. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship.*AMA Arch Intern Med*. 1956 May;97(5):585-92.
- HUNT LM. Practicing oncology in provincial Mexico: a narrative analysis. *Soc Sci Med*. 1994 Mar;38(6):843-53.
- HUNTER KM. Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. *J Med Philos*. 1996 Jun;21(3):303-20.
- HUNTER KM, CHARON R, COULEHAN JL. The study of literature in medical education. *Acad Med*. 1995 Sep;70(9):787-94.

- JANSSON LM, SVIKIS D, LEE J, PALUZZI P, RUTIGLIANO P, HACKERMAN F. Pregnancy and addiction. A comprehensive care model. *J Subst Abuse Treat*. 1996 Jul-Aug;13(4):321-9.
- JONES, AH. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ*. 1999 Jan 23;318(7178):253-6.
- JOOS SK, HICKAM DH, BORDERS LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Rep*. 1993 Nov-Dec;108(6):751-9.
- KANE RL. The challenge of providing comprehensive care to the elderly. *HMO Pract*. 1990 Jan-Feb;4(1):3-5.
- KINMONTH AL, WOODCOCK A, GRIFFIN S, SPIEGAL N, CAMPBELL MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ*. 1998 Oct 31;317(7167):1202-8.
- KINNERSLEY P, STOTT N, PETERS TJ, HARVEY I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*. 1999 Sep;49(446):711-6.
- LANGEWITZ WA, EICH P, KISS A, WÖSSMER B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*. 1998 May-Jun;60(3):268-76.
- LARSEN JH, RISØR O, PUTNAM S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract*. 1997 Aug;14(4):295-301.
- LAUNER, J. *Narrative Based Primary Care: Practical Guide*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002. p 251.
- LAUNER, J. Narrative based medicine: a narrative approach to mental health in general practice. *BMJ*. 1999 Jan 9;318(7176):117-9.
- LAW, C. *Compreender Gadamer*. Trad. Hélio Magri Filho. Petrópolis: VOZES, 2007.
- LAW SA, BRITTEN N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract*. 1995 Oct;45(399):520-4.
- LEDER D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med*. 1990 Mar;11(1):9-24.
- LEGGETT JM. Medical scientism: good practice or fatal error? *J R Soc Med*. 1997 Feb;90(2):97-101.
- LEOPOLD, N., COOPER, J., CLANCY, C. Sustained partnership in primary care. *Journal of Family Practice*, n.42, p. 129-37, 1996.

- LEV, P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Croom-Helm, 1988. 20
- LÉVY, P.; TEIXEIRA, R.R.. Árvores de Saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu (SP), v. 3, n. 4, p. 143-156, 1999.
- LOEWE, R. SCHWARTZMAN, J. FREEMAN, J.; QUINN, L.; ZUCKERMAN, S. Doctor talk and diabetes: towards an analysis of the clinical construction of chronic illness. Social Science & Medicine Volume 47, Issue 9, November 1998, Pages 1267-1276.
- MACHADO, M.F.A.S; MONTEIRO, E.M.L.M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, M.F.C; BARROSO, M.G.T. integralidade, formação de Saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual. Ciência & Saúde coletiva, 12 (2): 335-342, 2007.
- MAGNUSSEN L., EHRI, J. E JOLLY, P. Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy: Meeting people's basic health needs requires addressing the underlying social, economic, and political causes of poor health. HEALTH AFFAIRS. Vol . 23, Number . 2004.
- MAINIERI, A.S. O papel do clínico, dos especialistas e da equipe multiprofissional na atenção integral ao adolescente. In: Costa, Maria Conceição Oliveira; Souza, Ronald Pagnoncelli de. Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente. Porto Alegre, ArtMed, 1998. p.243-9. (Biomédica).
- MARVEL MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. Arch Fam Med. 1993 Jun;2(6):629-33.
- MARVEL MK, EPSTEIN RM, FLOWERS K, BECKMAN HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 1999 Jan 20;281(3):283-7.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 1º ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2001, v. 01, p.39-64.
- MENDES GONÇALVES. R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Série de Textos nº1. São Paulo. SMS-SP/Centro de Formação de Trabalhadores de Saúde. 1992.
- NEWMAN K. Towards a new health care paradigm. Patient-focused care. The case of Kingston Hospital Trust. J Manag Med. 1997;11(5-6):357-71.

NICHOLAS B, GILLET G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *J Med Ethics*. 1997 Oct;23(5):295-9.

OCAMPO, H.T. O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado. In: Academia Nacional de Medicina. I Congresso Nacional - A Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1991. p.193-206. Apresentado em: Congresso Nacional - A Saúde do Adolescente, 1, Rio de Janeiro, 24-27 jun. 1991.

PAGLIOSA, F.L; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ.med*. 2008. vol 32n.4

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: Lima e Costa, Maria Fernanda Furtado de; Sousa, Rômulo Paes de. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte, COOPMED/Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1994. p.189-98, ilus.

PATTERSON CJ, FEIGHTNER JW. Comprehensive care for the elderly. *Can Fam Physician*. 1993 Jun;39:1380-91.

PEREIRA, M.G.A., AZEVÊDO, E.S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Jun 2005, vol.51, no.3, p.153-157.

PIANCASTELLI, C.H. Educação popular em saúde, atenção integral e o papel da universidade. *Rev. méd. Minas Gerais*;3(4):238-9, out.-dez. 1993.

PITTA, A.M. R.; MEIRA, R. Comunicação social em saúde e modelo assistencial: do discurso médico hegemônico ao discurso da integralidade; uma introdução à discussão de modelos. [Saúde debate](#); (32):84-92, jun. 1991. tab.

PURVES IN. Facing future challenges in general practice: a clinical method with computer support. *Fam Pract*. 1996 Dec;13(6):536-43.

READER G.G. Organization and development of a comprehensive care program. *Am J Public Health Nations Health*. 1954 Jun;44(6):760-5.

RIBEIRO, J. M. & SCHRAIBER, L. B. Autonomia e o Trabalho em Medicina. *Cad. Saúde Públ*. Rio de Janeiro, 10 (2)A: 190-199, Abr/Jun, 1994.

RICHARDS, T. Chasms in communication. *British medical Journal*;301:1407-8. 1990.

RICOEUR, P. Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação. 1º ed. LISBOA. Editora 70. 2005. 134 p.

- RICOEUR, P. *Hermenêutica e ideologias*. 4º ed. PETRÓPOLIS. Vozes. 2008. 182 p.
- RICOEUR, P. *Do texto à acção*. PORTO – PORTUGAL. 1º ed. RÉ.S. 1989. 407 p.
- RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1725-1732.
- ROTER, D. & HALL, J. *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Praeger Publishers. 2 ed.USA, 2006
- RUIZ-MORAL, R. Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface (Botucatu)*, Dic 2007, vol.11, no.23, p.619-623. ISSN 1414-3283
- RUZANY, M.H.; PERES, E.M. Projeto Maisa II modelo de atenção integral à saúde do adolescente da UERJ por uma equipe multidisciplinar. [Rev. bras. enferm.](#);45(2/3):155-8, abr.-set. 1992.
- SABBETH B, STEIN RE. Mental health referral: a weak link in comprehensive care of children with chronic physical illness. *J Dev Behav Pediatr*. 1990 Apr;11(2):73-8.
- SANTINI, L.A. Avaliação tecnologica em saúde. *Rev. bras. educ. méd*;17(2):20-4, maio-ago. 1993.
- SCHRAIBER LB & MENDES-GONÇALVES RB, 2000. Necessidades de saúde e atenção primária, pp. 29-47. In LB Schraiber, MIB Nemes & RB Mendes-Gonçalves (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. Hucitec, São Paulo.
- SCHRAIBER, .L.B.O Médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança. 1.ed. SÃO PAULO: ADERALDO & ROTHSCHILD,2008.254p.
- SCHRAIBER, L.B. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. Editora HUCITEC, São Paulo, 1993.
- SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*;4(2):221-61, 1999.
- SCHULBERG HC, BURNS B.J. Mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:79-87.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Atenção Básica e PSF. Documento norteador: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população*. São Paulo; 2005.
- SHAPIRO R.S., SIMPSON D.E., LAWRENCE S.L., TALSKV A.M., SOBOCINSKI K.A., SCHIEDERMAVER D.L. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med* , 1989;149:2190-6.

- SIMPSON, M. BUCKMAN, R., STEWART, M., MAGUIRE, P., LIPKIN, M., NOVACK, D. and TILL, J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, 303, 1385-1387, 1991.
- SKELTON AM. Patient education for the millennium: beyond control and emancipation? *Patient Educ Couns*. 1997 Jun;31(2):151-8
- SMITH RC, METTLER JA, STÖFFELMAYR BE, LYLES JS, MARSHALL AA, VAN EGEREN LF, OSBORN GG, SHEBROE V. Improving residents' confidence in using psychosocial skills. *J Gen Intern Med*. 1995 Jun;10(6):315-20.
- SMITH RC, DORSEY AM, LYLES JS, FRANKEL RM. Teaching self-awareness enhances learning about patient-centered interviewing. *Acad Med*. 1999 Nov;74(11):1242-8.
- STARFIELD, B., WRAY, C., HESS, K., GROSS, R., BIRK, P.S., D'LUGOFF, B.C. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *AJPH* 71:127-131. 1981
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.
- STEWART MA, MCWHINNEY IR, BUCK CW. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract* 1979;29:77-82.
- STEWART M., BELLE-BROWN J., WESTON W.W., MCWHINNEY I.R., MCWILLIAM C.L., FREEMAN T.R. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Oxon:Sage; 1995.
- STREET RL JR. Analyzing communication in medical consultations. Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Med Care*. 1992 Nov;30(11):976-88.
- SOUZA. R.R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.
- SOUSA, Marcos R. de; RIBEIRO, Antonio Luiz P.. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n. 3, Mar. 2009 .
- SUCUPIRA, AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*, Dez 2007, vol.11, no.23, p.624-627. ISSN 1414-3283
- SVENAEUS, F. Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of Praxis. *Theoretical Medicine* 24: 407-431, 2003.

- TANNENBAUM D, MCGILLIVRAY M. Model for assessing psychosocial problems. *Can Fam Physician*. 1996 Feb;42:291-6.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 1, n. 1, ago. 1997.
- TEIXEIRA, M.G.L.C.; PAIM, J.S.. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, Sept. 1990.
- VENTRES WB. Hearing the patient's story: exploring physician-patient communication using narrative case reports. *Fam Pract Res J*. 1994 Jun;14(2):139-47.
- VIÇOSA, G.; RUZICKI, E.M.; KOCH, C.B.; PRZYBYLSKI, J.; LUCCHESI, D.H.; SARI, A.; GUEDES, N.; BISSIGO, E.; WEILER, G.; VARGAS, E. Programa de assistência integral à gestante adolescente (PAIGA). [Rev. cient. \(Porto Alegre\)](#);11(1):20-5, jan.-jun. 1992.
- WAITZKIN H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984;252:2441-6.
- WAITZKIN H, BRITT T. Processing narratives of self-destructive behavior in routine medical encounters: health promotion, disease prevention, and the discourse of health care. *Soc Sci Med*. 1993 May;36(9):1121-36.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Gêneva, 1978.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION . The third ten years of the World Health Organization: 1968–1978. WHO PRESS, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Doctor-patient Interaction and communication. Geneva 15-18 june, 1993. 44p.

CORPUS TEXTUAL

Medicina Centrada no Paciente

- ANGELL M. The doctor as double agent. *Kennedy Inst Ethics J*. 1993 Sep;3(3):279-86.
- ARNOLD RM, FORROW L. Rewarding medicine: good doctors and good behavior. *Ann Intern Med*. 1990 Nov 15;113(10):794-8.

- BRODY H. The biopsychosocial model, patient-centered care, and culturally sensitive practice. *J Fam Pract.* 1999 Aug;48(8):585-7.
- BROWN JB, STEWART M, MCWILLIAM CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns.* 1999 Oct;38(2):121-9.
- BARTZ R. Beyond the biopsychosocial model: new approaches to doctor-patient interactions. *J Fam Pract.* 1999 Aug;48(8):601-7.
- CASSELL EJ. Teaching the fundamentals of primary care: a point of view. *Milbank Q.* 1995;73(3):373-405.
- CHARNEY E. Medical education in the community: the primary care setting as laboratory and training site. *Pediatr Ann.* 1994 Dec;23(12):664, 666-8.
- CHURCHILL LR. "Damaged humanity": the call for a patient-centered medical ethic in the managed care era. *Theor Med.* 1997 Mar-Jun;18(1-2):113-26.
- DAVIES AR. Patient defined outcomes. *Qual Health Care.* 1994 Jun;3 Suppl:6-9.
- EDWARDS A, TZELEPIS A, KLINGBEIL C, MELGAR T, SPEECE M, SCHUBINER H, BURACK R. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicine-pediatrics residents. *Acad Med.* 1996 Jul;71(7):744-8.
- EGGLY S, AFONSO N, ROJAS G, BAKER M, CARDOZO L, ROBERTSON RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med.* 1997 May;72(5):397-9.
- HARLESS WG, DUNCAN RC, ZIER MA, AYERS WR, BERMAN JR, POHL HS. A field test of the TIME patient simulation model. *Acad Med.* 1990 May;65(5):327-33.
- JOOS SK, HICKAM DH, BORDERS LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Rep.* 1993 Nov-Dec;108(6):751-9.
- KINMONTH AL, WOODCOCK A, GRIFFIN S, SPIEGAL N, CAMPBELL MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ.* 1998 Oct 31;317(7167):1202-8.
- KINNERSLEY P, STOTT N, PETERS TJ, HARVEY I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract.* 1999 Sep;49(446):711-6.
- LAINE C, DAVIDOFF F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA.* 1996 Jan 10;275(2):152-6.

- LANGEWITZ WA, EICH P, KISS A, WÖSSMER B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*. 1998 May-Jun;60(3):268-76.
- LARSEN JH, RISØR O, PUTNAM S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract*. 1997 Aug;14(4):295-301.
- LAW SA, BRITTEN N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract*. 1995 Oct;45(399):520-4.
- LEGGETT JM. Medical scientism: good practice or fatal error? *J R Soc Med*. 1997 Feb;90(2):97-101.
- MAKOUL G, SCHOFIELD T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Educ Couns*. 1999 Jun;37(2):191-5.
- MARVEL MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Arch Fam Med*. 1993 Jun;2(6):629-33.
- MARVEL MK, EPSTEIN RM, FLOWERS K, BECKMAN HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999 Jan 20;281(3):283-7.
- NEWMAN K. Towards a new health care paradigm. Patient-focused care. The case of Kingston Hospital Trust. *J Manag Med*. 1997;11(5-6):357-71.
- OCKENE JK, OCKENE IS, QUIRK ME, HEBERT JR, SAPERIA GM, LUIPPOLD RS, MERRIAM PA, ELLIS S. Physician training for patient-centered nutrition counseling in a lipid intervention trial. *Prev Med*. 1995 Nov;24(6):563-70.
- PURVES IN. Facing future challenges in general practice: a clinical method with computer support. *Fam Pract*. 1996 Dec;13(6):536-43.
- ROSSMANITH S. The importance and purpose of medical psychology in the study of medicine. *Psychother Psychosom*. 1990;53(1-4):108-14.
- SKELTON AM. Patient education for the millennium: beyond control and emancipation? *Patient Educ Couns*. 1997 Jun;31(2):151-8.
- SMITH RC, MARSHALL AA, COHEN-COLE SA. The efficacy of intensive biopsychosocial teaching programs for residents: a review of the literature and guidelines for teaching. *J Gen Intern Med*. 1994 Jul;9(7):390-6.
- SMITH RC, METTLER JA, STÖFFELMAYR BE, LYLES JS, MARSHALL AA, VAN EGEREN LF, OSBORN GG, SHEBROE V. Improving residents' confidence in using psychosocial skills. *J Gen Intern Med*. 1995 Jun;10(6):315-20.

SMITH RC, DORSEY AM, LYLES JS, FRANKEL RM. Teaching self-awareness enhances learning about patient-centered interviewing. *Acad Med*. 1999 Nov;74(11):1242-8.

STREET RL JR. Analyzing communication in medical consultations. Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Med Care*. 1992 Nov;30(11):976-88.

TANNENBAUM D, MCGILLIVRAY M. Model for assessing psychosocial problems. *Can Fam Physician*. 1996 Feb;42:291-6.

TOOP L. Primary care: core values. Patient centred primary care. *BMJ*. 1998 Jun 20;316(7148):1882-3.

Medicina Baseada em Narrativa

BOYD JW. Narrative aspects of a doctor-patient encounter. *J Med Humanit*. 1996 Spring;17(1):5-15.

CHARON R, BANKS JT, CONNELLY JE, HAWKINS AH, HUNTER KM, JONES AH, MONTELLO M, POIRER S. Literature and medicine: contributions to clinical practice. *Ann Intern Med*. 1995 Apr 15;122(8):599-606.

ELWYN GJ. So many precious stories: a reflective narrative of patient based medicine in general practice, Christmas 1996. *BMJ*. 1997 Dec 20-27;315(7123):1659-63.

ELWYN G, GWYN R. Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ*. 1999 Jan 16;318(7177):186-8.

GOOD BJ, DEL VECCHIO GOOD MJ. In the subjunctive mode: epilepsy narratives in Turkey. *Soc Sci Med*. 1994 Mar;38(6):835-42.

GREENHALGH T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*. 1999 Jan 30;318(7179):323-5.

GREENHALGH T, HURWITZ B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*. 1999 Jan 2;318(7175):48-50.

HELLSTRÖM O, LINDQVIST P, MATTSSON B. A phenomenological analysis of doctor-patient interaction: a case study. *Patient Educ Couns*. 1998 Jan;33(1):83-9.

HUNT LM. Practicing oncology in provincial Mexico: a narrative analysis. *Soc Sci Med*. 1994 Mar;38(6):843-53.

HUNTER KM, CHARON R, COULEHAN JL. The study of literature in medical education. *Acad Med*. 1995 Sep;70(9):787-94.

HUNTER KM. Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. *J Med Philos.* 1996 Jun;21(3):303-20.

JONES AH. Darren's case: narrative ethics in Perri Klass's *Other Women's Children*. *J Med Philos.* 1996 Jun;21(3):267-86.

JONES AH. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ.* 1999 Jan 23;318(7178):253-6.

LAUNER J. Narrative based medicine: a narrative approach to mental health in general practice. *BMJ.* 1999 Jan 9;318(7176):117-9.

LEDER D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med.* 1990 Mar;11(1):9-24.

LOCK JD. Some aspects of medical hermeneutics: the role of dialectic and narrative. *Theor Med.* 1990 Mar;11(1):41-9.

LOEWE R, SCHWARTZMAN J, FREEMAN J, QUINN L, ZUCKERMAN S. Doctor talk and diabetes: towards an analysis of the clinical construction of chronic illness. *Soc Sci Med.* 1998 Nov;47(9):1267-76.

NICHOLAS B, GILLETT G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *J Med Ethics.* 1997 Oct;23(5):295-9.

TSOUYOPOULOS N. Postmodernist theory and the physician-patient relationship. *Theor Med.* 1994 Sep;15(3):257-75.

VENTRES WB. Hearing the patient's story: exploring physician-patient communication using narrative case reports. *Fam Pract Res J.* 1994 Jun;14(2):139-47.

WAITZKIN H, BRITT T. Processing narratives of self-destructive behavior in routine medical encounters: health promotion, disease prevention, and the discourse of health care. *Soc Sci Med.* 1993 May;36(9):1121-36.

Abordagem Integral (Comprehensive Care)

BRINDIS CD, BERKOWITZ G, CLAYSON Z, LAMB B. California's approach to perinatal substance abuse: toward a model of comprehensive care. *J Psychoactive Drugs.* 1997 Jan-Mar;29(1):113-22.

DESGUIN BW, HOLT IJ, MCCARTHY SM. Comprehensive care of the child with a chronic condition. Part 1. Understanding chronic conditions in childhood. *Curr Probl Pediatr.* 1994 Jul;24(6):199-218.

DESGUIN BW, HOLT IJ, MCCARTHY SM. Comprehensive care of the child with a chronic condition. Part 2. Primary care management. *Curr Probl Pediatr*. 1994 Aug;24(7):230-48.

FOX R, PILLAI M, PORTER H, GILL G. The management of late fetal death: a guide to comprehensive care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 Jan;104(1):4-10.

HARRISON AE, SILENZIO VM. Comprehensive care of lesbian and gay patients and families. *Prim Care*. 1996 Mar;23(1):31-46.

JANSSON LM, SVIKIS D, LEE J, PALUZZI P, RUTIGLIANO P, HACKERMAN F. Pregnancy and addiction. A comprehensive care model. *J Subst Abuse Treat*. 1996 Jul-Aug;13(4):321-9.

KANE RL. The challenge of providing comprehensive care to the elderly. *HMO Pract*. 1990 Jan-Feb;4(1):3-5.

PATTERSON CJ, FEIGHTNER JW. Comprehensive care for the elderly. *Can Fam Physician*. 1993 Jun;39:1380-91.

SABBETH B, STEIN RE. Mental health referral: a weak link in comprehensive care of children with chronic physical illness. *J Dev Behav Pediatr*. 1990 Apr;11(2):73-8.

Integralidade

CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: Bodstein, Regina C. de A. *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993. p.117-30.

DALMASO, A.S.W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? [Saúde debate](#); (44):35-8, set. 1994.

PITTA, A.M.R.; MEIRA, R. Comunicação social em saúde e modelo assistencial: do discurso médico hegemônico ao discurso da integralidade; uma introdução à discussão de modelos. [Saúde debate](#); (32):84-92, jun. 1991. tab.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: Lima e Costa, Maria Fernanda Furtado de; Sousa, Rômulo Paes de. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte, COOPMED/Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1994. p.189-98, ilus.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. [Ciênc. saúde coletiva](#);4(2):221-61, 1999.

SANTINI, L.A. Avaliação tecnológica em saúde. [Rev. bras. educ. méd](#);17(2):20-4, maio-ago. 1993.

Integral

AGUIAR, A.C. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. [Rev. baiana saúde pública](#);22(1/4):7-18, dez.1996 - jan.1997.

MAINIERI, A.S. O papel do clínico, dos especialista e da equipe multiprofissional na atenção integral ao adolescente. In: Costa, Maria Conceição Oliveira; Souza, Ronald Pagnoncelli de. Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente. Porto Alegre, ArtMed, 1998. p.243-9. (Biomédica).

OCAMPO, H.T. O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado. In: Academia Nacional de Medicina. I Congresso Nacional - A Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1991. p.193-206.

PIANCASTELLI, C.H. Educação popular em saúde, atenção integral e o papel da universidade. [Rev. méd. Minas Gerais](#);3(4):238-9, out.-dez. 1993.

RUZANY, M.H.; PERES, E.M. Projeto Maisa II modelo de atenção integral à saúde do adolescente da UERJ por uma equipe multidisciplinar. [Rev. bras. enferm](#);45(2/3):155-8, abr.-set. 1992.

VIÇOSA, G.; RUZICKI, E.M.; KOCH, C.B.; PRZYBYLSKI, J.; LUCCHESI, D.H.; SARI, A.; GUEDES, N.; BISSIGO, E.; WEILER, G.; VARGAS, E. Programa de assistência integral à gestante adolescente (PAIGA). [Rev. cient. \(Porto Alegre\)](#);11(1):20-5, jan.-jun. 1992.