

CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E MÉTODO CLÍNICO: LIMITES DO MODELO BIOMÉDICO E RECONFIGURAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE

Person-Centered Medicine and Clinical Method: Limits of the Biomedical Model and Reconfiguration of the Doctor-Patient Relationship

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: cwcarlosmattos@gmail.com

Yunier Arró Martínez

Especialista em Medicina de Família e Comunidade / Mestrando em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)

Endereço: Santa Teresinha, Bahia, Brasil

E-mail: cubarro85@gmail.com

Daniel Carvalho de Assis

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-1096-3816>

Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Anhembi Morumbi (UAM-SP)

Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

E-mail: profissionaldr01@gmail.com

Carlos Augusto Portela

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3259-1008>

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Endereço: Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: carlos.portela@rede.ulbra.br

Luane Moura Andrade

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Endereço: Guarulhos, São Paulo, Brasil

E-mail: luanemandrade8@gmail.com

Rafael Ferreira Fernandes Scheidt Cardoso

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

Endereço: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

E-mail: rafascardosomed@gmail.com**RESUMO**

A medicina reflete os paradigmas históricos que orientam a compreensão do processo saúde-doença. O modelo biomédico, estruturado a partir do racionalismo mecanicista do século XVII, consolidou uma visão fragmentada do ser humano, priorizando os aspectos orgânicos em detrimento das dimensões psicossociais e subjetivas. Apesar de seus avanços técnicos, esse modelo revelou limites frente às demandas contemporâneas, evidenciados pela insatisfação dos pacientes, pela medicalização excessiva e pelo enfraquecimento da relação médico-paciente. Nesse contexto, a Medicina Centrada na Pessoa emerge como paradigma que propõe uma abordagem integral, relacional e compartilhada do cuidado. O objetivo deste estudo foi analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os limites do modelo biomédico e as potencialidades e desafios da Medicina Centrada na Pessoa e do Método Clínico Centrado na Pessoa na reconfiguração da relação médico-paciente. As buscas foram realizadas nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS e Google Scholar, com artigos completos publicados entre 2012 e 2025. A análise dos estudos evidencia que o método clínico moderno foi historicamente estruturado sob a lógica mecanicista, reforçando a centralidade da doença e a fragmentação do cuidado. Em contraste, a Medicina Centrada na Pessoa reposiciona o paciente como sujeito ativo, valoriza a subjetividade, a comunicação, o vínculo e a construção compartilhada do plano terapêutico. O Método Clínico Centrado na Pessoa destaca-se como estratégia eficaz para operacionalizar esse modelo, promovendo maior adesão e melhores desfechos em saúde. Conclui-se que, embora tecnicamente eficaz, o modelo biomédico é insuficiente para responder às necessidades integrais do cuidado, sendo a Medicina Centrada na Pessoa um paradigma promissor para a ressignificação da prática médica.

Palavras-chave: Medicina Centrada na Pessoa. Relação médico-paciente. Modelo biomédico. Comunicação em saúde.

INTRODUÇÃO

A medicina, enquanto prática social e científica, reflete diretamente o contexto histórico, filosófico e cultural no qual se desenvolve. A forma como o cuidado em saúde é concebido, organizado e ofertado às pessoas está intimamente relacionada às concepções vigentes sobre o processo saúde-doença, o corpo humano e a própria função do médico. Nesse sentido, a consolidação do modelo biomédico, hegemônico na medicina ocidental contemporânea, tem suas raízes no pensamento racionalista e mecanicista inaugurado no século XVII, especialmente a partir das contribuições de René Descartes e Francis Bacon. A separação cartesiana entre mente e corpo, aliada à defesa baconiana do método científico como instrumento de domínio da natureza, estruturou uma visão fragmentada do ser humano, na qual o adoecimento passou a ser compreendido prioritariamente como um fenômeno orgânico, mensurável e passível de

intervenção técnica, cujos desdobramentos repercutem até os modelos assistenciais atuais (Oliveira, 2025).

Esse modelo, embora tenha sido responsável por avanços notáveis no diagnóstico, na terapêutica e na compreensão dos mecanismos fisiopatológicos das doenças, revelou-se progressivamente insuficiente para abarcar a complexidade dos fenômenos que atravessam a experiência do adoecer. Ao privilegiar de forma quase exclusiva os aspectos biológicos, o método clínico convencional passou a negligenciar dimensões fundamentais da existência humana, como os fatores psicológicos, sociais, culturais e subjetivos. Tal limitação já era apontada por produções teóricas que criticavam a excessiva objetivação do paciente e a incapacidade da medicina tradicional em reconhecer o sofrimento psíquico como elemento constitutivo do processo saúde-doença, contribuindo para a fragilização da relação médico-paciente (Filho & Hossne, 2015; Oliveira, 2025).

Nas últimas décadas, o esgotamento do modelo biomédico tem se tornado cada vez mais evidente, manifestando-se tanto na insatisfação dos pacientes com a assistência recebida quanto no aumento expressivo da busca por práticas integrativas e complementares em saúde. Esse fenômeno reflete não apenas uma crise técnica, mas também uma crise relacional, na qual a fragmentação do cuidado, a comunicação deficiente e a objetificação do paciente comprometem a efetividade terapêutica e a qualidade da relação médico-paciente (Defante et al., 2024; Hurtado, 2020). A literatura vem demonstrando que a abordagem centrada exclusivamente na doença é limitada para responder às demandas contemporâneas em saúde, sobretudo frente ao crescimento das doenças crônicas, dos transtornos mentais e das condições fortemente influenciadas por fatores psicossociais (Wollmann et al., 2025).

É nesse contexto que, a partir da segunda metade do século XX, emerge o paradigma da Medicina Centrada na Pessoa (MCP), propondo uma reconfiguração profunda do modo de compreender o adoecimento e do próprio ato médico. Diferentemente do modelo biomédico tradicional, a MCP concebe a medicina como uma relação interpessoal situada em um contexto sociocultural específico, na qual o foco do cuidado desloca-se da doença para a pessoa em sua integralidade. Essa abordagem reconhece que o processo saúde-doença não se limita a alterações orgânicas, mas resulta da interação dinâmica entre dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais (Agreli et al., 2016; Oliveira, 2025). Nesse modelo, o paciente deixa de ser um agente passivo e passa a ocupar uma posição ativa e corresponsável no processo terapêutico, rompendo com a lógica hierarquizada que historicamente marcou a relação médico-paciente (Castro & Knauth, 2022; Pazinato, 2019).

A operacionalização desse paradigma ocorre por meio do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), cuja proposta consiste em integrar os dados objetivos do exame clínico e dos exames complementares à subjetividade do paciente, à sua história de vida, às suas crenças, valores, expectativas e contexto social (Yogui et al., 2024; Agreli et al., 2016). O MCCP pressupõe o desenvolvimento da competência cultural por parte do profissional de saúde, entendida como a capacidade de compreender não apenas o indivíduo que busca cuidado, mas também o ambiente sociocultural e histórico no qual ele está inserido. Tal perspectiva favorece a construção compartilhada do plano terapêutico, fortalece o vínculo, aprimora a comunicação e amplia o potencial de resolutividade do cuidado (Hurtado, 2020; Meyer et al., 2018). Evidências científicas apontam que a adoção da MCP e do MCCP está associada a maior satisfação dos pacientes e dos profissionais, melhor adesão aos tratamentos, redução de iatrogenias e melhores desfechos em saúde (Berger et al., 2014; Harvey et al., 2012).

Apesar do crescimento da produção científica sobre a MCP e o MCCP, ainda persistem lacunas importantes quanto aos limites estruturais, epistemológicos e institucionais que dificultam sua ampla consolidação na prática clínica, especialmente frente à hegemonia histórica do modelo biomédico. Observa-se, ainda, que muitos serviços de saúde operam sob uma lógica tecnicista, produtivista e fragmentada, o que impõe barreiras à efetivação de uma prática verdadeiramente centrada na pessoa (Castro & Knauth, 2022; Wollmann et al., 2025). Ademais, a crescente influência das informações em saúde disponíveis na internet também tem modificado a dinâmica da relação médico-paciente, exigindo novas competências comunicacionais e éticas por parte dos profissionais (Mota et al., 2018).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão da literatura, os limites do modelo biomédico tradicional e a emergência da Medicina Centrada na Pessoa como proposta de reconfiguração da relação médico-paciente, destacando seus fundamentos teóricos, implicações clínicas, potencialidades e desafios para a prática médica contemporânea.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, caracterizado como uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi analisar criticamente os limites do modelo biomédico tradicional e a emergência da Medicina Centrada na Pessoa e do Método Clínico Centrado na Pessoa como estratégias de reconfiguração da relação médico-paciente. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a síntese ampla do conhecimento produzido sobre o tema, contemplando estudos com diferentes delineamentos metodológicos, o que se mostra adequado

para a abordagem de fenômenos complexos, relacionais e ético-clínicos, como aqueles que envolvem a prática médica centrada na pessoa.

A busca pelos estudos foi realizada de forma sistematizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed/MEDLINE, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Scholar, este último utilizado como base complementar para ampliar a sensibilidade da busca. A seleção dessas bases considerou sua ampla abrangência na área da saúde, bem como a relevância dos periódicos nelas indexados para os campos da medicina, bioética, educação médica e humanidades em saúde, em consonância com os periódicos que compõem o referencial teórico do estudo.

A estratégia de busca foi construída a partir de descritores controlados e não controlados, extraídos dos vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), além de termos livres relacionados ao tema. Foram utilizados os seguintes descritores em português e inglês: “Medicina Centrada na Pessoa”, “Método Clínico Centrado na Pessoa”, “Relação Médico-Paciente”, “Comunicação em Saúde”, “Modelo Biomédico”, “Patient-Centered Care”, “Doctor-Patient Relationship” e “Clinical Method”. Esses descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de modo a potencializar a sensibilidade e a especificidade da busca. As principais estratégias utilizadas incluíram combinações como: “Medicina Centrada na Pessoa” AND “Relação Médico-Paciente”; “Patient-Centered Care” AND “Doctor-Patient Relationship”; “Modelo Biomédico” AND “Comunicação em Saúde”, entre outras variações.

Foram incluídos na revisão artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período compreendido entre 2012 e 2025, considerando-se a necessidade de abranger produções contemporâneas e historicamente relevantes para a consolidação do paradigma da atenção centrada na pessoa. Também foram incluídos estudos de diferentes delineamentos metodológicos, tais como revisões sistemáticas, revisões narrativas, estudos observacionais, estudos qualitativos, pesquisas em educação médica e estudos teórico-conceituais, desde que abordassem diretamente a Medicina Centrada na Pessoa, o Método Clínico Centrado na Pessoa, a relação médico-paciente, a comunicação clínica, a autonomia do paciente, o engajamento em saúde ou aspectos éticos e formativos relacionados ao cuidado centrado na pessoa.

Foram excluídos da análise editoriais, cartas ao editor, resumos de congressos, estudos duplicados, teses e dissertações, bem como publicações que, após leitura do título e do resumo, não apresentavam pertinência direta com o objetivo proposto ou abordavam a temática de forma

superficial, sem contribuição conceitual ou empírica relevante para a discussão do cuidado centrado na pessoa e da reconfiguração da relação médico-paciente.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em três etapas sequenciais. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos para exclusão daqueles manifestamente desalinhados ao tema. Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos potencialmente elegíveis, a fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão. Por fim, os estudos selecionados nessa etapa foram lidos na íntegra, sendo incluídos na amostra final aqueles que efetivamente contribuíam para a análise proposta. A amostra final foi composta por estudos nacionais e internacionais que abordam, sob diferentes perspectivas, a atenção centrada na pessoa, a comunicação médico-paciente, o engajamento do paciente, a bioética da autonomia, a formação médica e os impactos do modelo biomédico na prática clínica.

A extração dos dados foi realizada de forma sistemática, utilizando-se um instrumento elaborado pelos autores para coleta das seguintes informações: autor, ano de publicação, periódico, país de origem, objetivo do estudo, delineamento metodológico, principais resultados e contribuições para a compreensão da Medicina Centrada na Pessoa e da relação médico-paciente. Após a extração, os dados foram organizados e submetidos a uma análise temática de natureza qualitativa, permitindo a identificação de eixos analíticos convergentes, tais como: limites do modelo biomédico, comunicação clínica, engajamento e ativação do paciente, autonomia, educação médica e práticas interprofissionais colaborativas.

A análise dos dados foi realizada por meio de síntese narrativa crítica, buscando integrar os achados dos diferentes estudos, identificar consensos, divergências e lacunas no conhecimento, bem como estabelecer relações entre os fundamentos teóricos da Medicina Centrada na Pessoa e suas implicações práticas na organização do cuidado e na relação médico-paciente. Todo o processo de análise foi conduzido à luz dos referenciais conceituais da humanização da saúde, da bioética principialista e da educação médica contemporânea.

Por se tratar de uma revisão de literatura baseada em dados secundários de domínio público, o estudo dispensou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pelas diretrizes nacionais para pesquisas dessa natureza. Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos da integridade científica, da fidedignidade na apresentação dos resultados e do reconhecimento da autoria intelectual dos estudos analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise histórica do método clínico evidencia que suas bases epistemológicas remontam ao século XVII, período marcado pela consolidação do pensamento mecanicista na ciência. As formulações de Francis Bacon, ao defender o domínio da natureza pelo método

científico, e de René Descartes, ao estabelecer a separação entre mente e corpo, contribuíram de modo decisivo para a construção de um modelo biomédico fragmentado, no qual o organismo passou a ser compreendido como uma máquina passível de análise por partes. Tal concepção influenciou profundamente a medicina moderna ao favorecer a objetivação do corpo e a dissociação entre doença e sujeito (Oliveira, 2025), perspectiva que, embora tenha impulsionado avanços técnicos significativos, também produziu limites importantes no cuidado em saúde, sobretudo no campo da subjetividade e da relação médico-paciente (Filho & Hossne, 2015).

Nesse mesmo contexto histórico, Thomas Sydenham foi um dos primeiros médicos a operacionalizar esse modelo ao sistematizar a classificação das doenças com base exclusiva em sinais e sintomas observáveis, à semelhança da taxonomia biológica. Essa abordagem consolidou a noção da doença como entidade autônoma, dissociada da singularidade do paciente, fortalecendo o método clínico convencional. A partir do século XIX, esse modelo ganhou ampla difusão e foi definitivamente legitimado no início do século XX, com a publicação do Relatório Flexner, que reorganizou a educação médica segundo o paradigma biomédico, hospitalocêntrico e centrado nas especialidades. Embora esse modelo ainda predomine em grande parte da formação médica no Brasil, observa-se atualmente uma dissonância crescente entre suas premissas e as Diretrizes Curriculares Nacionais, que preconizam uma formação mais integral, humanizada e orientada para a atenção primária (Yogui et al., 2024; Oliveira, 2025).

Os resultados desta revisão indicam que a persistência desse modelo fragmentado impacta diretamente a forma como o cuidado em saúde é concebido e demandado na sociedade contemporânea. A relação médico-pessoa, frequentemente reduzida a uma interação técnica e prescritiva, passa a ser mediada por expectativas construídas dentro de um contexto sociocultural marcado pelo consumo e pela medicalização da vida (Mota et al., 2018). A compreensão do cuidado como processo relacional, proposta por abordagens centradas na pessoa, entra em conflito com uma lógica social que associa saúde à obtenção de serviços, procedimentos e tecnologias, em detrimento do fortalecimento da autonomia e da participação ativa do sujeito no processo terapêutico (Filho & Hossne, 2015; Pazinato, 2019).

Nesse sentido, autores descrevem de forma crítica como a organização social promove uma confusão estrutural entre fins e meios, levando à assimilação do cuidado em saúde como sinônimo de intervenção médica. Tal fenômeno contribui para a transformação da consulta em um espaço de consumo simbólico e material, no qual exames, prescrições e encaminhamentos passam a ser compreendidos como indicadores de qualidade assistencial. A análise dos estudos

incluídos nesta revisão reforça que essa lógica tensiona os princípios da Medicina Centrada na Pessoa, ao deslocar o foco do cuidado das necessidades singulares do indivíduo para a satisfação de expectativas socialmente condicionadas (Wollmann et al., 2025; Mota et al., 2018).

A Medicina Centrada na Pessoa e a Reconfiguração da Relação Médico-Paciente

Os achados da literatura analisada demonstram que, apesar de a prática médica estar profundamente inserida em contextos socioeconômicos e culturais específicos, a essência do cuidado permanece fundamentada em uma relação interpessoal estabelecida no encontro clínico (Castro & Knauth, 2022). Nesse sentido, a Medicina Centrada na Pessoa (MCP) emerge como um modelo que ressignifica essa relação ao propor a construção compartilhada do cuidado, deslocando o protagonismo exclusivo do profissional para uma perspectiva colaborativa, na qual o paciente participa ativamente das decisões relativas à sua saúde (Agreli et al., 2016). A consulta deixa de ser um espaço meramente técnico e passa a constituir um campo relacional, no qual as percepções, experiências e significados atribuídos pelo próprio paciente à sua condição tornam-se elementos centrais para a condução do cuidado (Hurtado, 2020).

A literatura evidencia que afirmar a centralidade da pessoa implica reconhecer que o processo saúde-doença não pode ser dissociado dos múltiplos contextos nos quais o indivíduo está inserido. Fatores relacionados ao ambiente familiar, ao trabalho, às redes sociais e à comunidade exercem influência direta tanto na manifestação dos agravos quanto na forma como o sujeito percebe seus sintomas, busca atendimento e se vincula aos serviços de saúde (Agreli et al., 2016; Wollmann et al., 2025). Os estudos revisados reforçam que a incorporação desses elementos na prática clínica fortalece a integralidade da atenção, ampliando a compreensão do adoecimento para além dos limites do organismo e favorecendo intervenções mais resolutivas e alinhadas às reais necessidades das pessoas (Castro & Knauth, 2022).

Do mesmo modo, os resultados apontam que a consulta médica é atravessada não apenas pela história e pelos valores do paciente, mas também pelas crenças, experiências, expectativas e limites do próprio médico. Nesse contexto, o autoconhecimento do profissional é destacado como um componente essencial para a construção de vínculos terapêuticos mais sólidos e empáticos (Castro & Knauth, 2022). O reconhecimento das próprias vulnerabilidades e potencialidades possibilita ao médico uma postura mais autêntica, favorecendo relações menos assimétricas e ampliando a capacidade de escuta qualificada, elemento fundamental para a efetivação da MCP (Hurtado, 2020).

Entretanto, a literatura também evidencia uma tensão estruturante na formação médica contemporânea, na qual ainda predomina a orientação para o distanciamento emocional como

estratégia de suposta proteção profissional. Tal abordagem, embora historicamente difundida, mostra-se contraditória frente aos princípios da MCP, que reconhece o envolvimento como parte inerente e necessária do cuidado (Agreli et al., 2016). O que se observa, portanto, não é a negação do envolvimento, mas a necessidade de qualificação desse vínculo, de modo que ele ocorra de forma ética, reflexiva e profissional. Estudos destacam que esse aprendizado depende, em grande medida, de processos formativos que valorizem a reflexão sobre as próprias emoções, limites e responsabilidades no exercício do cuidado (Yogui et al., 2024; Defante et al., 2024).

A partir dessa perspectiva, a MCP é compreendida como um modelo organizador da prática clínica fundamentado em três dimensões centrais: a redistribuição do poder na relação, com menor hierarquização e maior estímulo à parceria com o paciente (Pazinatto, 2019); a redefinição do foco da consulta, que passa da doença isolada para a pessoa em sua totalidade (Agreli et al., 2016); e a transformação do objetivo do encontro clínico, que deixa de ser exclusivamente a definição diagnóstica ou prescritiva para se tornar um campo de construção conjunta de sentidos, decisões e estratégias de cuidado (Berger et al., 2014). A literatura aponta que, ao modificar o objetivo da consulta, altera-se também o próprio modelo assistencial, com repercussões diretas na qualidade do cuidado, na satisfação dos usuários e na efetividade das intervenções em saúde (Harvey et al., 2012; Wollmann et al., 2025).

O Método Clínico Centrado na Pessoa como Estratégia Estruturante do Cuidado

Os estudos analisados demonstram que o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), desenvolvido na segunda metade do século XX por pesquisadores da Western Ontario University, no Canadá, constitui uma das principais estratégias operacionais para a efetivação da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) (Agreli et al., 2016; Oliveira, 2025). Trata-se de um modelo didático que organiza, de forma integrada, os componentes essenciais da consulta clínica, sem reduzi-los a etapas rígidas ou sequenciais. A literatura destaca que seus elementos devem ser compreendidos como dimensões interdependentes que se articulam dinamicamente ao longo do encontro clínico, favorecendo um cuidado mais integral, humanizado e resolutivo (Castro & Knauth, 2022; Wollmann et al., 2025). Embora não esgote o conceito de MCP, o MCCP oferece um referencial prático que facilita sua incorporação no ensino e na prática assistencial (Yogui et al., 2024).

Um dos componentes centrais do MCCP consiste na exploração simultânea da condição clínica e da experiência subjetiva da pessoa frente a essa condição. Os estudos ressaltam que essa abordagem amplia significativamente a compreensão do processo saúde-doença, ao reconhecer que nem toda demanda se refere a uma enfermidade propriamente dita, mas, muitas

vezes, a uma condição existencial, como ocorre, por exemplo, na gestação (Filho & Hossne, 2015; Meyer et al., 2018). A análise da literatura evidencia que investigar sentimentos, expectativas, redes de apoio, condições socioeconômicas e projetos de vida permite um planejamento do cuidado mais adequado às necessidades reais da pessoa, superando a lógica estritamente biomédica e protocolar (Berger et al., 2014; Pazinato, 2019).

Outro achado consistente refere-se à importância de compreender a pessoa como um todo, ultrapassando a fragmentação imposta pelo modelo tradicional. Enquanto a prática convencional tende a valorizar predominantemente dados objetivos — como exames, sinais clínicos e parâmetros fisiológicos —, a abordagem centrada na pessoa incorpora dimensões subjetivas, sociais, culturais e emocionais (Hurtado, 2020; Mota et al., 2018). Os estudos indicam que o reconhecimento da singularidade do indivíduo — sua história, vínculos, crenças, trabalho e modos de viver — é fundamental para entender como a condição de saúde impacta sua vida e para definir intervenções mais efetivas e contextualizadas (Castro & Knauth, 2022; Oliveira, 2025).

A elaboração de um plano conjunto é apontada pela literatura como o eixo estruturante do MCCP. Os resultados mostram que a decisão compartilhada fortalece a autonomia do paciente, amplia a corresponsabilização pelo cuidado e melhora a adesão às condutas propostas (Harvey et al., 2012; Agreli et al., 2016). Esse processo requer habilidades comunicacionais e competência cultural por parte do profissional, de modo que o modelo explicativo do paciente seja reconhecido e considerado na negociação terapêutica. A literatura alerta que a MCP não deve ser utilizada como instrumento de imposição sutil do saber biomédico, mas como um espaço horizontal de construção conjunta, no qual, em determinadas situações, o próprio médico deve estar disposto a rever suas proposições (Defante et al., 2024; Filho & Hossne, 2015).

A incorporação sistemática de ações de prevenção e promoção da saúde também emerge como um elemento essencial do MCCP, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. As evidências apontam que a consulta clínica representa uma oportunidade privilegiada para abordar estilos de vida, rastreamentos e fatores de risco, independentemente do motivo principal da procura (Agreli et al., 2016; Meyer et al., 2018). No contexto do pré-natal, por exemplo, os estudos destacam esse período como especialmente favorável à adoção de comportamentos saudáveis, com impacto positivo na redução do tabagismo, no padrão alimentar e em outros determinantes da saúde materno-infantil, com manutenção desses benefícios para além da gestação (Castro & Knauth, 2022).

Os resultados também demonstram que a intensificação da relação médico-paciente não constitui um componente isolado do método, mas é uma consequência direta da adequada articulação dos demais elementos. O fortalecimento do vínculo emerge naturalmente quando o profissional se dispõe a compreender a pessoa em sua integralidade, valorizar sua narrativa e construir o cuidado de forma compartilhada (Wollmann et al., 2025; Agreli et al., 2016). Em cenários como o pré-natal, essa intensificação relacional assume relevância ainda maior, uma vez que o cuidado extrapola a gestante e se estende ao feto e ao núcleo familiar, favorecendo o envolvimento de acompanhantes e redes de apoio no processo terapêutico (Oliveira, 2025).

Por fim, a literatura enfatiza que o exercício da MCP exige do profissional uma postura realista frente às limitações impostas pelo contexto de trabalho, pela organização dos serviços e pelos próprios recursos disponíveis na rede de atenção à saúde. Ajustar expectativas quanto à adesão, ao tempo disponível, ao suporte da equipe multiprofissional e às condições estruturais é essencial para evitar frustrações e garantir a sustentabilidade do cuidado (Defante et al., 2024; Pazinato, 2019). Nesse sentido, os estudos reforçam que o envolvimento do médico enquanto sujeito — que também possui limites, vulnerabilidades e afetos — não representa fragilidade profissional, mas, ao contrário, constitui um dos pilares da prática centrada na pessoa (Filho & Hossne, 2015; Wollmann et al., 2025). A negação dessa dimensão humana compromete a criação de vínculos e, conseqüentemente, os próprios desfechos clínicos e assistenciais (Hurtado, 2020).

Limites, Equívocos Interpretativos e Perspectivas para a Consolidação da Medicina Centrada na Pessoa

A análise dos estudos incluídos nesta revisão evidencia que ainda persiste uma série de equívocos conceituais em torno da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) e de seu método operacional. Entre as interpretações mais recorrentes na literatura, destacam-se a compreensão equivocada de que a MCP prioriza exclusivamente os aspectos psicossociais em detrimento dos achados orgânicos, a ideia de que seu propósito se restringe à identificação de uma suposta “agenda oculta” dos pacientes, bem como a crença de que sua aplicação demandaria maior tempo de consulta quando comparada ao modelo convencional (Defante et al., 2024; Berger et al., 2014). Além disso, é comum a noção de que a MCP constituiria uma técnica a ser utilizada apenas em situações específicas, e não como orientação estruturante para todas as consultas, o que contraria os pressupostos fundamentais do modelo (Agreli et al., 2016).

As evidências provenientes das pesquisas que avaliaram a implementação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), em sua maioria de natureza qualitativa, demonstram resultados consistentes e favoráveis. Os achados indicam aumento significativo da adesão aos

tratamentos, melhora dos desfechos em saúde, maior satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais e redução das queixas relacionadas à prática médica (Wollmann et al., 2025; Harvey et al., 2012). Essas reclamações, segundo os estudos, concentram-se predominantemente em aspectos comunicacionais e relacionais, tais como explicações consideradas inadequadas, dificuldades de compreensão das orientações, percepção de desvalorização das opiniões dos pacientes e sensação de apoio insuficiente durante o cuidado (Defante et al., 2024; Hurtado, 2020). Importante destacar que o tempo de consulta, frequentemente apontado como obstáculo à MCP, não apresentou diferença significativa quando comparado ao método tradicional, desfazendo um dos principais argumentos críticos ao modelo (Berger et al., 2014).

A discussão dos resultados aponta, ainda, que a consolidação da MCP ocorre em um cenário de disputa entre diferentes modelos de atenção à saúde. De um lado, encontram-se propostas que valorizam o cuidado integral, a autonomia e a corresponsabilização; de outro, persiste um modelo fortemente orientado pela lógica biomédica e pelo mercado, no qual a doença assume papel central também como objeto de interesse econômico (Castro & Knauth, 2022; Filho & Hossne, 2015). Esse tensionamento estrutural representa um dos principais desafios à expansão da MCP, uma vez que interesses corporativos e industriais tendem a reforçar práticas centradas na medicalização, na superespecialização e na alta dependência tecnológica (Oliveira, 2025).

No campo da formação médica, os avanços observados ainda se mostram incipientes. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais tenham incorporado, ao menos em nível normativo, princípios alinhados à integralidade, à humanização e à centralidade da pessoa, a maioria das escolas médicas brasileiras ainda carece de transformações efetivas em seus projetos pedagógicos (Agreli et al., 2016; Yogui et al., 2024). As experiências de maior aderência a esses princípios concentram-se, sobretudo, no âmbito da pós-graduação, especialmente nas residências em Medicina de Família e Comunidade, onde a MCP encontra maior espaço de aplicação sistematizada (Castro & Knauth, 2022).

Por fim, os estudos destacam que a consolidação de um modelo de cuidado mais humano, resolutivo e centrado na pessoa também tem sido impulsionada pela atuação de profissionais e intelectuais comprometidos com a transformação das práticas em saúde. A militância ética e política desses sujeitos, aliada à formação crítica e à sensibilidade social, tem desempenhado papel relevante na defesa de um cuidado que valorize a dignidade, a autonomia e a integralidade do ser humano (Wollmann et al., 2025; Oliveira, 2025). Entretanto, os resultados da literatura analisada indicam que, para que a MCP se estabeleça como paradigma

hegemônico, ainda são necessárias mudanças estruturais mais amplas, tanto na formação profissional quanto na organização dos sistemas de saúde (Agreli et al., 2016; Yogui et al., 2024).

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar, à luz da literatura científica, os limites epistemológicos e práticos do modelo biomédico tradicional e a emergência da Medicina Centrada na Pessoa como proposta de reconfiguração da relação médico-paciente, destacando o papel do Método Clínico Centrado na Pessoa como estratégia estruturante do cuidado. A partir da análise dos estudos incluídos, foi possível evidenciar que o modelo biomédico, historicamente consolidado a partir do pensamento mecanicista moderno, embora responsável por avanços técnicos inegáveis, mostra-se insuficiente para responder de forma integral às complexas demandas contemporâneas em saúde, sobretudo no que se refere às dimensões subjetivas, sociais, culturais e relacionais do processo saúde-doença.

Os resultados desta revisão demonstram que a fragmentação do cuidado, a objetivação do paciente e a centralidade excessiva da doença ainda configuram marcas persistentes na prática médica atual, influenciadas por um contexto sociocultural fortemente associado à medicalização da vida, ao consumo de serviços e à valorização de intervenções tecnológicas em detrimento da escuta, do vínculo e da corresponsabilização. Nesse cenário, a Medicina Centrada na Pessoa emerge como um paradigma capaz de ressignificar o encontro clínico ao reconhecer o paciente como sujeito ativo, situado em um contexto de vida específico, cujas experiências, valores, crenças e redes de apoio exercem influência direta sobre o adoecer e o cuidar.

A literatura analisada indica que a MCP promove uma transformação substancial na relação médico-paciente ao redistribuir o poder na consulta, fortalecer a parceria, ampliar a autonomia do paciente e favorecer a construção compartilhada do plano terapêutico. O Método Clínico Centrado na Pessoa, por sua vez, apresenta-se como um referencial operacional potente para a efetivação desse paradigma, ao integrar, de forma dinâmica e interdependente, a dimensão biomédica aos aspectos subjetivos, sociais e culturais da vida da pessoa. Evidências consistentes apontam que sua aplicação está associada a melhores desfechos em saúde, maior adesão aos tratamentos, redução de conflitos relacionais, maior satisfação de pacientes e profissionais e qualificação do cuidado, sem que isso implique aumento significativo do tempo de consulta.

Do ponto de vista das implicações clínicas, os achados desta revisão reforçam que a prática centrada na pessoa favorece intervenções mais resolutivas, sustentáveis e alinhadas às



reais necessidades dos indivíduos, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, no manejo de condições crônicas e em cenários como o pré-natal, nos quais o cuidado assume caráter longitudinal, relacional e ampliado. Sob a perspectiva educacional, os resultados evidenciam a necessidade urgente de reorientação dos processos formativos na graduação médica, ainda fortemente ancorados no paradigma biomédico e hospitalocêntrico, para que incorporem de forma efetiva a competência relacional, a reflexão ética, o autoconhecimento profissional e a abordagem integral da pessoa. No âmbito organizacional e das políticas públicas, a MCP se apresenta como um eixo fundamental para a qualificação dos sistemas de saúde, ao fortalecer princípios como integralidade, humanização, equidade e participação social.

Entretanto, esta revisão também evidencia que a consolidação da Medicina Centrada na Pessoa enfrenta desafios estruturais importantes. Persistem equívocos interpretativos acerca de seus pressupostos, como a falsa oposição entre abordagem biopsicossocial e saber biomédico, a crença de que sua aplicação demanda maior tempo de consulta e a compreensão restrita da MCP como técnica pontual e não como orientação transversal da prática clínica. Além disso, interesses econômicos, a lógica mercantil da saúde, a superespecialização e a centralidade da tecnologia continuam a tensionar a expansão desse modelo. No campo da formação médica, embora haja avanços normativos, como os preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, as transformações efetivas ainda se mostram limitadas, concentrando-se sobretudo em programas de residência e iniciativas isoladas.

No que se refere às limitações desta revisão, destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, com predomínio de pesquisas qualitativas, a possibilidade de viés de publicação, a limitação temporal e linguística das bases consultadas e a escassez de estudos quantitativos de longo prazo que avaliem de forma robusta o impacto da MCP sobre desfechos clínicos objetivos. Tais limitações indicam que, embora os resultados sejam consistentes e convergentes, há necessidade de ampliação da base de evidências, especialmente por meio de estudos multicêntricos, longitudinais e com métodos mistos.

Diante do exposto, conclui-se que a Medicina Centrada na Pessoa e o Método Clínico Centrado na Pessoa representam não apenas uma mudança técnica, mas uma transformação paradigmática na forma de compreender o cuidado em saúde e a relação médico-paciente. Sua consolidação depende de mudanças estruturais na formação profissional, na organização dos serviços de saúde, nas políticas públicas e na própria cultura médica. Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a avaliação de seus impactos em diferentes contextos assistenciais, investiguem estratégias eficazes de implementação nos sistemas de saúde e explorem os efeitos

da MCP sobre indicadores objetivos de qualidade, segurança do paciente e custo-efetividade. Somente a partir dessa base será possível avançar de forma consistente na consolidação de um modelo de cuidado verdadeiramente humano, integral, resolutivo e centrado na dignidade da pessoa.

REFERENCIAS

AGRELI, H. F. et al. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, v. 20, n. 59, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWksZGzrQqT4tDryCXC/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2025.

BERGER, Z.; FLICKINGER, T. E.; PFOH, E.; MARTINEZ, K. A.; DY, S. M. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 7, p. 548–555, 2014. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/7/548>.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 803–812, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n2/803-812/>. Acesso em: 09 nov. 2025.

DEFANTE, M. L. R. et al. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/T6RDbyQFLqGSFqmJTHhvBth/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2025.

FILHO, J. M.; HOSSNE, W. S. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/CgcXPMZPpXPxvKWDhFNmSVB/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.

HARVEY, L.; FOWLES, J. B.; XI, M.; TERRY, P. When activation changes, what else changes? The relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors. **Patient Education and Counseling**, v. 88, n. 2, p. 338–343, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073839911200078X?via%3Dihub>.

HURTADO, C. V. Importance of doctor-patient communication strategies. **Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.**, v. 58, n. 13, p. 197–201, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101564/>. Acesso em: 29 nov. 2025.

MEYER, G. L.; TOASSI, R. F. C.; MEYER, E.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Entrevista motivacional como uma ferramenta no processo de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 579–596, 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2822>.

MOTA, L. R. A. et al. Is doctor-patient relationship influenced by health online information? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 8, p. 692–699, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/wTN9kxCbVztLMqsJqGnLwTm/?lang=en>. Acesso em: 23 out. 2025.

OLIVEIRA, L. F. Nise da Silveira e a medicina centrada na pessoa: a individualização da abordagem dos processos mentais e subjetivos. **Interface (Botucatu)**, v. 29, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vsjz3pvkHqYvMvZyMFKDrBC/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2025.



PAZINATTO, M. M. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/KCpDXHw6LJNf4CgtBKLsBYJ/?format=html&lang=pt>.

Acesso em: 12 nov. 2025.

WOLLMANN, L. et al. Fatores associados à qualidade da relação médico-paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 7, 2025. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2025.v30n7/e13332024/>. Acesso em: 03 nov. 2025.

YOGUI, J. O. S. et al. Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 4, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/NqbOppQbdkRfrn8cqY8QStL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2025.