

## A prática centrada na pessoa: da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde

Person-centered practice: from idiosyncrasy of care to health innovation

La práctica centrada en la persona: de la idiosincrasia del cuidado a la innovación en salud

Filipa Ventura <sup>1</sup>  
Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira <sup>1</sup>  
Vitor Raposo <sup>2</sup>  
Paulo Joaquim Pina Queirós <sup>1</sup>  
Aida Mendes <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT278121

### Resumo

*A prática centrada na pessoa assume um papel preponderante na organização e gestão de sistemas de saúde, bem como na definição de políticas de saúde. Este ensaio teve como objetivo identificar os princípios éticos e estruturas teóricas da prática centrada na pessoa, assim como as diretrizes portuguesas e europeias que sirvam a sua regulamentação. Foi conduzida uma reflexão teórica ancorada na revisão narrativa crítica do estado da arte sobre a prática centrada na pessoa, que visou responder à questão: quais os elementos estruturantes da prática de cuidados centrados na pessoa que a tornam diferenciadora na obtenção de ganhos em saúde? A reflexão crítica contextualiza a mudança de paradigma para a prática centrada na pessoa e identifica os domínios do estado da arte que lhe estão associados: conhecimento filosófico, referenciais teóricos para a prática clínica, ensino e investigação, abordagens para a implementação, e regulamentação. Esses domínios terão de ser necessariamente contemplados para um desenvolvimento e implementação sistemáticos e sustentáveis com efetiva tradução em ganhos em saúde.*

*Ética; Assistência Centrada no Paciente; Pessoas; Prestação Integrada de Cuidados de Saúde*

### Correspondência

F. Ventura  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
Av. Bissaya Barreto s/n, Coimbra 3004-011, Portugal.  
filipaventura@esenfc.pt

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.



## Introdução

Mudanças sociodemográficas e epidemiológicas desafiam os sistemas de saúde no que respeita a acessibilidade, integração e custo-efetividade <sup>1</sup>. Em particular, o aumento da esperança média de vida das populações leva a que mais pessoas vivenciem doenças crônicas ou situações de saúde/doença prolongadas no tempo, o que se traduz numa sobrecarga econômica e de recursos humanos dos serviços de saúde <sup>2</sup>.

Esses desafios exigem respostas dos serviços de saúde que contemplem a integração do utente e a interação entre os vários níveis de cuidados que vão simultaneamente ao encontro da unicidade e especificidade das necessidades e recursos de cada utente <sup>2</sup>. Nesse sentido, os serviços de saúde têm transitado de modelos biomédicos de realização de cuidados para uma prática clínica centrada na pessoa, com evidência de ganhos em saúde <sup>3</sup>.

A importância da prática centrada na pessoa é reconhecida atualmente por decisores políticos e gestores de organizações de saúde no mundo ocidental. O reconhecimento feito pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), em 2001, da prática centrada na pessoa como uma intervenção essencial na adaptação dos sistemas de saúde às necessidades das sociedades atuais e futuras foi o impulsionador do movimento internacional para uma cultura de prestação de cuidados centrados na pessoa <sup>4</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou, em 2015, a importância da mudança do paradigma de prestação de cuidados para modelos centrados na pessoa, que integram as perspectivas dos indivíduos, famílias e comunidades. Esses agentes deverão ser vistos tanto como participantes no codesenvolvimento dos serviços quanto utilizadores, conforme as suas expectativas, preferências, necessidades de forma humana e holística <sup>2</sup>. Ao nível das organizações, o ambiente de trabalho deve permitir ao prestador de cuidados alcançar um pleno funcionamento <sup>5</sup>.

Na Europa, os países escandinavos e o Reino Unido têm contribuído com abordagens sustentáveis para um desenvolvimento, implementação e avaliação sistemática e coerente da prática centrada na pessoa. Nesse contexto, destacam-se dois centros pioneiros no desenvolvimento de referenciais para a prática, investigação e ensino da prática centrada na pessoa: (a) o Centro para o Cuidado Centrado na Pessoa da Universidade de Gotemburgo (GPCC, Gotemburgo, Suécia) e (b) o Centro de Investigação para a Prática Centrada na Pessoa da Universidade Rainha Margaret (CPcPR, Edimburgo, Escócia).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) acompanha a agenda europeia na mudança para cuidados de saúde centrados no cidadão. O “SNS + Proximidade” é reconhecido como o esforço de base para ir ao encontro das necessidades e expectativas do cidadão, reconhecendo o papel central da pessoa na gestão dos seus processos de saúde/doença e no desenvolvimento dos serviços de saúde <sup>6</sup>.

No sentido de contribuir para o desenvolvimento sistemático e sustentável da prática centrada na pessoa no contexto português de realização de cuidados em resposta às transições complexas em saúde, este artigo pretende identificar os princípios éticos e estruturas teóricas de cuidados centrados na pessoa, bem como as diretrizes portuguesas e europeias que baseiam sua regulamentação. Para esse fim, procurará responder à seguinte questão: quais os elementos estruturantes da prática de cuidados centrados na pessoa que a tornam diferenciadora na obtenção de ganhos em saúde?

## Metodologia

Esta reflexão crítica foi ancorada em uma revisão narrativa do estado da arte sobre a prática centrada na pessoa. A revisão narrativa fundamentou-se na literatura científica e em documentos reguladores, criticamente selecionados por pesquisa em bases de dados, livros e eventos de disseminação de evidência relacionada com a prática centrada na pessoa. Literatura complementar foi identificada pelo processo de *snowball* partindo das fontes primárias. Foi dado especial foco às publicações científicas dos centros de investigação europeus pioneiros para o desenvolvimento e implementação da prática centrada na pessoa, i.e., GPCC e o CPcPR. A literatura identificada foi escrutinada por dois investigadores portugueses que têm desenvolvido trabalho de proximidade com esses centros nos últimos dez anos, e discutida em um grupo de peritos mais alargado para uma análise crítica. A literatura final que serviu de alicerce à reflexão crítica consta na lista de referências do artigo. Os peritos que auxiliaram

a análise crítica são docentes com vasta experiência clínica e de investigação, e com especial interesse pelos domínios da ética, subjetividade da pessoa e história dos modelos de prestação de cuidados.

## Desenvolvimento

A literatura identificada foi criticamente mapeada em quatro domínios que caracterizam o discurso europeu para a prática centrada na pessoa: (1) o conhecimento filosófico; (2) os referenciais para a prática clínica e investigação; (3) a regulamentação; e (4) as abordagens para implementação.

### Do conhecimento filosófico a uma obrigação ética no cuidar

A mudança de paradigma para cuidados centrados na pessoa tem na sua gênese uma discussão filosófica e ética da personalidade: o que significa ser uma pessoa? A estrutura filosófica em que se assenta a ética do cuidar em saúde revisita, dessa forma, os princípios do personalismo.

As correntes europeias de desenvolvimento e implementação da prática centrada na pessoa alicerçam os seus modelos nas ideias centrais de vários filósofos, sociólogos ou psicólogos influentes pela sua visão do mundo e contributos para a conceitualização da centralidade na pessoa<sup>7</sup>. Neste artigo, apresenta-se uma perspectiva conjunta do personalismo para estabelecer a base filosófica da prática centrada na pessoa.

Particularmente impulsionado por Emmanuel Mounier no contexto europeu, o personalismo representa o respeito máximo pelos direitos humanos e pela personalidade<sup>8</sup>. A perspectiva da pessoa como ser que não pode ser reduzido ao seu corpo (i.e. objetificação) e a intersubjetividade da pessoa são dois elementos característicos da personalidade comuns a vários filósofos e particularmente evidentes no trabalho de Merleau-Ponty<sup>9</sup>.

Procurando afastar-se da dicotomia ontológica cartesiana do corpo e da mente e a propósito da intersubjetividade, Merleau-Ponty<sup>9</sup> reconhece que, a rigor, existem consciência e corpo únicos, como condição para a abertura ao mundo envolvente, sua percepção e interação com esse mesmo meio. A mesma perspectiva de construtivismo social é reforçada por Paul Ricoeur<sup>10</sup>, para quem uma pessoa não pode existir (i.e., ser, estar, transformar-se) sem o outro.

Ricoeur<sup>10</sup> reforça assim o foco na reciprocidade, reconhecendo que da interação autêntica entre as pessoas emerge uma relação simétrica que beneficia construtivamente os envolvidos. Por meio da interação, cada pessoa contribui para que a outra também seja beneficiada. Nessa linha de pensamento, John Dewey<sup>11</sup> refere o desenvolvimento de espaço facilitador da expressão e interação – espaço em que, de acordo Charles Taylor<sup>12</sup>, as pessoas interagem com autenticidade de forma reflexiva, partindo dos seus hábitos, expectativas, percepções e preconceitos.

No que respeita à autenticidade, Taylor<sup>12</sup> reconhece a necessidade de os agentes nesse espaço de expressão estarem atentos um ao outro e dispostos a desafiar os horizontes pessoais do que lhes é significativo, para ir ao encontro do que é significativo para o outro.

No âmbito da objetificação, Ricoeur acresce a Merleau-Ponty a perspectiva de que a pessoa será inevitavelmente constituída tanto por fragilidades e vulnerabilidades como por capacidades e recursos (i.e., *Homo capax*)<sup>13</sup>. Ricoeur<sup>10</sup> reflete também sobre a identidade pessoal, expondo a autonomia como característica da personalidade deste ser capaz. Por conseguinte, a capacidade de tomar decisões e ser responsabilizado pelos seus atos irá sempre emergir em um contexto de interdependência e reciprocidade com o(s) outro(s) e o meio que rodeia a pessoa.

Em linha com o reconhecimento da pessoa como ser ativo e interventivo, Dewey<sup>11</sup> problematiza em particular o caráter das ações da pessoa (i.e., ação por rotina ou ação reflexiva). Dewey<sup>11</sup> reconhece que, por um lado, há uma essência da pessoa que está em constante expressão, ao mesmo tempo que se constrói e transforma. Ricoeur<sup>10</sup> estabelece também esse paralelismo entre algo naturalmente presente e relativamente constante na pessoa e algo que é modificável, transformável. Nesse contexto, a centralidade na pessoa poderá ser tida como algo que despoleta um impulso e que nos coloca em ação no sentido de provocar uma impressão no outro<sup>11</sup>.

Salienta-se, por último, o ponto de vista do filósofo austríaco Martin Buber, o qual reflete sobre a objetificação do corpo em uma perspectiva relacional<sup>14</sup>. Buber<sup>14</sup> acrescenta ao elemento da inter-

subjetividade a necessidade de abertura, presença, autenticidade, proximidade e consciencialização para alcançar o bom encontro. Tais relações são construídas partindo de uma vontade genuína de se querer relacionar com o outro de igual para igual.

### **Referenciais para a prática clínica e investigação**

O modelo do GPCC para o cuidado centrado na pessoa <sup>15</sup> e a abordagem do CPcPR para a prática centrada na pessoa <sup>16</sup> são os referenciais europeus com expressão global em que se ancoram a prática clínica, a investigação e o ensino centrados na pessoa de forma consistente e sistemática. Esses referenciais teóricos partilham os princípios filosóficos do personalismo, ética sobre o respeito pela singularidade da pessoa, importância das relações e responsabilidade pelos seus atos.

#### **• O modelo do GPCC**

O modelo do GPCC assenta-se na premissa de centralidade do cuidado na pessoa como a operacionalização de um dever ético do profissional de saúde <sup>15</sup>, fundamentalmente guiado pela ética de Paul Ricoeur <sup>10</sup> (p. 174), que visa “*a procura de uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas*”. Para os serviços de saúde e o cuidado centrado na pessoa, tal ética poderá traduzir-se no objetivo de alcançar a saúde e o bem-estar, com e para a pessoa-utente, familiares e profissionais de saúde em instituições justas <sup>17</sup>.

Analisando o primeiro componente da ética de Paul Ricoeur (i.e., a procura de uma boa vida), na tradição aristotélica, a “boa vida” significa a essência que faz a vida de cada pessoa florescer. Transpondo para o cuidado centrado na pessoa na perspectiva ética do modelo do GPCC, é importante para o profissional de saúde, em cada encontro, questionar-se sobre o que significa uma “boa vida” para aquela pessoa-utente. A prática centrada na pessoa exige, portanto, tanto o conhecimento clínico sobre a doença e terapêutica como o da personalidade, preferências, crenças, hábitos de vida, interesses e estratégias de *coping* da pessoa que experiencia a doença. Na gênese dessa compreensão, os autores posicionam a escuta ativa da narrativa da pessoa <sup>17</sup>.

A narrativa é a forma de aceder aos atributos da personalidade que permitirão centrar o cuidado na pessoa e estabelecer um plano de saúde que capte a sua perspectiva sobre a doença no seu contexto de vida diário <sup>15</sup>. Ao complementar a anamnese, a narrativa traz a perspectiva da pessoa sobre suas necessidades, prioridades, objetivos e a forma como pode/quer ser ajudada a alcançá-los. Nessa narrativa, espera-se que a pessoa-utente conte ativa e livremente a sua experiência sem que necessariamente receba questões-guia. O profissional de saúde exerce uma escuta receptiva e responsiva, mantendo uma atitude fenomenológica e interpretativa, com o objetivo de perceber o que a pessoa-utente quer transmitir <sup>17</sup>.

O segundo componente do modelo do GPCC para o cuidado centrado na pessoa “com e para os outros” posiciona o pensamento na pessoa como ser em relação. As relações interpessoais são o modo de cocriar e atribuir significado ao mundo social que rodeia a pessoa <sup>13</sup>. Dar oportunidade à pessoa-utente para se apresentar e descrever como pessoa, relatar de forma narrativa a sua experiência sobre a doença, é o ponto de partida para a construção de uma parceria colaborativa de respeito mútuo entre dois peritos <sup>18</sup>.

No âmbito dos cuidados centrados na pessoa, a parceria envolve o encontro de pelo menos dois peritos: a pessoa-utente, perita na sua experiência de saúde/doença; a pessoa-profissional de saúde, perita no conhecimento clínico do tratamento e do cuidar. As necessidades que o profissional de saúde identifica terão, assim, tanta importância como as identificadas pela pessoa e que ameaçam o significado e coerência do seu projeto de vida <sup>15</sup>.

A parceria de peritos implica a partilha recíproca de saberes entre os dois peritos, bem como a dependência mútua, que não deverá ser vista sob perspectiva negativa de perda de autonomia <sup>17</sup>. A dependência é a característica idiossincrática de ser e estar em relação, i.e., um fenómeno relacional, e não do indivíduo isolado do mundo envolvente <sup>10</sup>. A capacidade de ser autónomo na ação pode estar reduzida pela doença ou mal-estar, mas a autonomia para a tomada de decisão mantém-se intacta e é da responsabilidade do profissional facilitá-la e apoiá-la <sup>15</sup>.

O plano de saúde pessoal no âmbito do cuidado centrado na pessoa permite concretizar a parceria terapêutica. Nele, reconhece-se o utente como pessoa simultaneamente ativa/participativa e frágil. A documentação desse plano de saúde construído entre peritos no processo clínico do utente é a forma de salvaguardar a parceria de cuidados<sup>15,17</sup>.

O terceiro componente do modelo do GPCC diz respeito às instituições justas. Sendo as instituições a extensão das relações inter-humanas, esse componente conduz ao nível organizacional, social e político como requisito para os cuidados centrado na pessoa. A centralidade dos cuidados de saúde na pessoa exige uma compreensão do contexto sociopolítico em que esses cuidados são definidos e prestados. Os princípios éticos de igualdade de valores, proteção da dignidade humana, foco nas necessidades dos mais frágeis e vulneráveis e custo-efetividade deverão nortear as prioridades em saúde.

Instituições justas reconhecem e garantem às pessoas, i.e., colaboradores e utentes, igualdade de condições, oportunidades e deveres de forma independente da sua classe social, etnicidade, orientação sexual e sexo. Os cuidados centrado na pessoa são assim vistos como uma forma de promover a equidade nos sistemas de saúde ao mesmo tempo que protegem os princípios democráticos de acesso e direito aos serviços de saúde<sup>17</sup>.

#### • O modelo do CPcPR

O modelo do CPcPR apoia a perspectiva social da saúde, em contraste à perspectiva biomédica. Reforça ainda que a ligação genuína aos princípios emanados do personalismo é o elemento que diferencia qualquer estratégia de melhoria da qualidade de cuidados de saúde (por exemplo, promoção da tomada de decisão partilhada) do foco contínuo e sistemático na essência da humanidade da pessoa.

À luz do modelo do CPcPR, a prática centrada na pessoa é uma abordagem à prática estabelecida por meio do desenvolvimento e da promoção de relacionamentos saudáveis entre todos os prestadores de cuidados, utilizadores dos serviços de saúde e outras pessoas que lhes sejam significativas. Tal abordagem é ancorada em valores de respeito pela pessoa, no direito individual à autodeterminação e compreensão mútua. Para que a prática centrada na pessoa ocorra, é essencial a cultura institucional de empoderamento, que promova abordagens contínuas para o desenvolvimento da prática<sup>19</sup>.

Na essência da centralidade na pessoa, McCormack<sup>20</sup> identifica quatro formas de ser enquanto pessoas: ser em relação, ser em um contexto social, ser em um lugar, ser consigo mesmo. Nesse contexto, as relações interpessoais são valorizadas como processo para se ser, crescer e transformar-se; a narrativa, como modo holístico de compreender o significado que a pessoa atribui ao seu mundo; o impacto do lugar para a experiência e como gerador de emoções; e o conhecimento de si e reconhecimento como pessoa por si e pelos outros<sup>20</sup>.

O modelo conceitual da abordagem para a prática centrada na pessoa (*Person Centered Practice Framework* – PCPF) foi desenvolvido na sequência de processos de investigação-ação participativa nos contextos clínicos, com intuito de promover a centralidade na pessoa dessa mesma prática<sup>21</sup>. Apesar de o trabalho de desenvolvimento ter originalmente ocorrido no domínio da enfermagem, a evidência mais recente demonstra uma utilidade e adequação transversais à categoria profissional e ao contexto de cuidados (por exemplo, cuidados primários e diferenciados)<sup>16</sup>.

A PCPF é constituída por cinco domínios essenciais: o macro contexto, os pré-requisitos, o ambiente da prática, os processos centrados na pessoa e o resultado final. Dessa forma, a PCPF mapeia circularmente a complexidade associada à articulação dos vários construtos contextuais, de atitudes e morais, que caracterizam a dimensão humana dos cuidados de saúde. Cada um deles e a sua articulação aos vários níveis serão necessários para alcançar o resultado final da prática centrada na pessoa, i.e., uma cultura saudável nos cuidados de saúde. Essa cultura saudável deverá ser percebida tanto pelos utentes como pelos colaboradores e observada em processos de tomada de decisão partilhada, relações profissionais eficazes e colaborativas, formas de liderança que apoiam a transformação e inovação<sup>16</sup>.

De forma sucinta, o domínio do macrocontexto envolve a liderança estratégica, o desenvolvimento da força laboral, abordagens estratégicas locais, nacionais e internacionais e as próprias políticas de cuidados de saúde e sociais.

O domínio dos pré-requisitos identifica os atributos dos profissionais de saúde que conjuntamente refletem no profissional centrado na pessoa, com capacidade de se adaptar aos desafios de um

contexto em mudança. Esses pré-requisitos englobam ser profissionalmente capaz, com competências interpessoais desenvolvidas, autoconhecimento, clareza de crenças e valores e compromisso com o trabalho. Ainda que cada profissional de saúde e a equipe como um todo expressem e exerçam esses atributos, o resultado final da centralidade da prática não conseguirá ser alcançado se o ambiente não for promotor dessa abordagem.

O domínio do ambiente da prática da PCPF está incluído no contexto dos cuidados de saúde e a sua complexidade tem recebido particular atenção a par com o desenvolvimento da ciência de implementação. Especificamente no âmbito da prática centrada na pessoa, consideram-se sete elementos que promovem a centralidade na pessoa: sistemas de apoio organizacionais, potencial para inovação e tomada de riscos, ambiente físico, partilha de poder, relações interprofissionais eficazes, sistemas de tomada de decisão partilhada e diversidade de competências.

Finalmente, os processos centrados na pessoa constituem a operacionalização da prática centrada na pessoa e incluem trabalhar com crenças e valores da pessoa, tomada de decisão partilhada, envolvimento autêntico, ter presença empática e trabalhar holisticamente. Esse domínio foca especificamente a relação com a pessoa-utente no contexto de prestação de cuidados.

### **Centralidade na pessoa e a regulamentação**

A regulamentação e a existência de políticas governamentais são propulsores importantes para a mudança da prática corrente<sup>5</sup>. A norma europeia *SIST EN 17398:2020 – Envolvimento do Doente nos Cuidados de Saúde – Requisitos Mínimos para os Cuidados Centrados na Pessoa* foi desenvolvida pelo comité técnico CEN/TC 450, partindo das dimensões centrais de cuidado centrado na pessoa do modelo de GPCC (i.e., narrativa, parceria, documentação e informação partilhada)<sup>22</sup>.

A norma é a primeira a ser publicada no domínio da cuidado centrado na pessoa e pretende facilitar o trabalho de introdução, desenvolvimento e investigação sobre cuidado centrado na pessoa por parte de diferentes atores dos serviços de saúde, organizações representantes de utentes, investigadores ou empresas. Ela pode ser útil a gestores e administradores, bem como para atores do sistema político no sentido de informar metas e programas com as dimensões necessárias para a prática centrada na pessoa. Essa norma poderá, pelo exposto, ser considerada ferramenta de apoio tanto a atividades *bottom-up* como *top-down*.

Em Portugal, a centralidade dos cuidados na pessoa é uma das cinco dimensões da qualidade dos cuidados contemplada pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). A referida dimensão, designada por Focalização no Utente, é avaliada por autopreenchimento de uma lista de verificação pelos prestadores de cuidados, que é posteriormente auditada por amostragem.

Da lista de verificação fazem parte as categorias de consentimento informado, segunda opinião, apoio espiritual, associações de doentes, formação, comunicação com os doentes, documentação e apoio na alta do internamento, confidencialidade, entre outros<sup>23</sup>. Para além dessa dimensão, o SINAS inclui ainda outras quatro dimensões: excelência clínica, segurança do doente, adequação e conforto das instalações e satisfação do utente.

A construção desse modelo de recolha de informação teve por base um conjunto de normas definidas no manual de acreditação da Comissão Conjunta Internacional (Estados Unidos), nas recomendações e normas preconizadas pela Comissão Australiana de Segurança e Qualidade nos Cuidados de Saúde, e pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido.

Como em qualquer outro domínio, a legislação suplanta a norma do ponto de vista de regulamentação. Em Portugal, o *Despacho nº 9323-A/2018*<sup>24</sup>, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, publicado em 3 de outubro de 2018 no Diário da República, refere a importância de melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio de mudanças no paradigma de prestação de cuidados, o qual se deve reorganizar em torno do cidadão, focando as suas necessidades e expectativas.

Sobre essa reorganização centrada no cidadão, pode ainda ler-se a importância de promover a acessibilidade, a celeridade, a equidade, a proximidade e a humanização dos serviços. A concretização dessas estratégias e prioridades tem levado ao desenvolvimento de modelos de cuidados como a hospitalização domiciliária, que visam uma aproximação ao cidadão na comunidade em uma visão holística e salutogênica<sup>25</sup>.



## **Dos referenciais teóricos à implementação**

As abordagens à implementação da prática centrada no cuidado vêm recebendo atenção crescente, no sentido de promover a concretização dos modelos teóricos na prática clínica de forma sistemática, contínua e rigorosa. Uma das fontes de evidência de referência, nesse domínio, partiu de uma revisão narrativa da evidência sobre a prática centrada na pessoa para desenvolver uma estrutura conceitual para a sua implementação <sup>26</sup>. Ancorada nos domínios de estrutura, processo e resultados do modelo de Donabedian para a melhoria dos serviços de saúde <sup>27</sup>, a literatura foi categorizada e organizada como um roteiro para uma abordagem prática à implementação da prática centrada na pessoa.

Nessa abordagem, o domínio estrutural está relacionado com o sistema de saúde ou contexto de prestação de cuidados específico e é considerado o pilar essencial para (a) criar uma cultura de prática centrada na pessoa transversal ao processo de cuidados; (b) *design* de programas de educação, promoção da saúde e prevenção da doença com os utilizadores dos serviços de saúde; (c) estabelecer ambiente de apoio; (d) desenvolver e integrar estruturas de suporte às tecnologias de informação e comunicação em saúde; e (e) avaliar e monitorizar a realização da prática centrada na pessoa. No domínio processual associado com a interação entre os prestadores de cuidados e os utentes, o roteiro de Santana <sup>26</sup> descreve a importância de: (a) cultivar processos de comunicação e cuidados de saúde com dignidade e compaixão; (b) envolver o utente na gestão dos seus processos de saúde/doença; e (c) a integração de cuidados. Como resultados, são identificados o acesso aos cuidados de saúde e resultados autorreportados pelo utente, como elementos demonstradores dos ganhos vindos da implementação de prática centrada na pessoa decorrentes da interação entre o sistema de cuidados de saúde, os prestadores de cuidados e os utentes <sup>25</sup>.

No contexto europeu, dois projetos inter-relacionados têm impelido fortemente a implementação da prática centrada na pessoa em resposta aos constrangimentos financeiros nos sistemas de saúde, sem prejuízo da qualidade dos cuidados prestados. O WE-CARE foi o primeiro projeto financiado onde se desenvolveu o roteiro para a implementação de cuidado centrado na pessoa <sup>1</sup>. Esse roteiro tem vindo a estruturar a criação de vários laboratórios exploratórios de saúde (LES) no âmbito do segundo financiamento recebido do projeto COST CARES <sup>28</sup>. Os LES visam produzir evidência científica sobre a transferibilidade da prática centrada na pessoa e a eficiência do roteiro WE-CARE transversalmente a contextos de prestação de cuidados e em países europeus diferentes.

Em um esforço conjunto multinacional e informado pela evidência em prática centrada na pessoa e pelo modelo do GPCC para os cuidados centrados na pessoa, o roteiro WE-CARE tem os cuidados centrados na pessoa e a promoção da saúde como propulsores essenciais para a acessibilidade, qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde futuros. Estes propulsores estão inter-relacionados com cinco domínios de facilitadores críticos para sua implementação: tecnologia, estratégias para a qualidade, infraestruturas, sistemas de incentivo e estratégias de contratação. Um estudo inicial de viabilidade sobre a implementação de cuidado centrado na pessoa de acordo com o roteiro do WE-CARE revela que o modelo do GPCC tem potencial para ser transferido entre contextos de prestação de cuidados com percepções favoráveis à implementação tanto dos profissionais de saúde como dos utentes e familiares <sup>29</sup>. Essa evidência é particularmente promissora à luz do impacto demonstrado em estudos intervencionais em que o modelo do GPCC foi avaliado <sup>3</sup>. A ética da centralidade na pessoa tem revelado ganhos para os utentes em autoeficácia e redução de custos associada a tempos de internamento mais reduzidos <sup>30</sup>.

## **Discussão**

À luz do conhecimento filosófico e ético identificado, a impregnação dos referenciais de prática centrada na pessoa pelos princípios do personalismo é a pedra basilar da mudança no paradigma de cuidados que poderá servir de auxílio à estruturação dos serviços de saúde.

### **Pessoa, indivíduo e doente**

Focando a linguagem, é importante adotar um discurso que reflita a centralidade dos cuidados de saúde na pessoa-sujeito, e não no objeto-doença, ou seja, que inclua a narrativa e o plano de saúde além da anamnese médica, as vivências e preconcepções, como também os antecedentes clínicos, o sintoma e a forma como ele é experienciado para lá do sinal. Ainda que os termos “doente” e “indivíduo” sejam usados, não transportam o mesmo significado e não deverão, a rigor, ser usados de ânimo leve no contexto em que se pretende enaltecer a centralidade na pessoa para lá da doença (i.e., o doente) e em contínua relação e interdependência com o meio envolvente (i.e., indivíduo).

Aos olhos do sistema de saúde e intersectando o conceito de pessoa e de centralidade na pessoa, dever-se-á, por conseguinte, ambicionar a ver o utente como a pessoa com capacidades e vulnerabilidades, forças e fragilidades que lhe são inerentes e emergem em maior ou menor extensão ao longo do bem-estar contínuo. Às fragilidades, que no essencial serão a motivação principal para a procura dos serviços de saúde e a razão pela qual a coerência da vida foi perturbada, poder-se-á imputar o doente que faz parte da pessoa. Ainda assim, será apenas uma componente da pessoa como um todo, que, por isso, não legitima a objetificação da pessoa pelo que o termo doente acarreta. Procurando o distanciamento do reducionismo, a reunião e interseção de todas as partes de uma qualquer pessoa não podem equacionar-se a um diagnóstico médico ou doença. Apesar da doença, o *Homo capax* retém a sua vontade e valores pessoais que são alimentados e se alimentam do contexto ambiental e familiar que o rodeia e no qual está embutido<sup>13</sup>. É da complexidade destes vários componentes, por si, e da sua interligação que emerge a subjetividade da pessoa que estará, por isso, muito além da objetificação que a doença traz.

Da relação com os outros e com o meio que a rodeia emerge também a reciprocidade, um elemento da pessoa que espelha o processo pelo qual ela se constrói, define e redefine em relação contínua com os outros. No processo de distanciamento do individualismo, uma pessoa não poderá ser vista em isolamento do meio que a incorpora, uma vez que a sua interdependência é também um elemento que lhe é inerente como um todo<sup>10</sup>.

### **Prática centrada na pessoa como desafio à rotina clínica**

À luz da perspectiva de Dewey<sup>11</sup> sobre o ato, o impulso e a impressão, causados no outro sem que tenham uma gênese em um hábito, a prática centrada na pessoa poderá ser tida como desafio à prática clínica tradicional. Esse desafio descreve-se como *school of unlearning*<sup>31</sup>, implicando o desaprender de procedimentos, que por força da rotina ou pressão do custo-eficácia foram se impregnando como *modus operandi* quotidiano. O impulso que desencadeia tal atividade reflexiva sobre a prática poderá ter origem nos pares, nos utentes, em novos conhecimentos sobre prática centrada na pessoa ou em vivências de insatisfação.

A prática centrada na pessoa tem na sua gênese aquilo que torna cada pessoa um ser único, exigindo, portanto, abertura para escutar e aprender com o outro e sobre o outro. Na perspectiva de Ricoeur, é por meio da narrativa que temos acesso à essência de quem é aquela pessoa<sup>10</sup>. Nesse contexto, importa ressaltar que a identidade narrativa tem caráter temporário: a pessoa tenderá a reformular a sua história de vida à luz de novas vivências e experiências<sup>13</sup>. É, por isso, essencial promover, continuamente, espaço de expressão que complemente os dados objetivos e mensuráveis disponíveis por meio de escalas autorreportadas de avaliação de sintomas, exames auxiliares de diagnóstico e as novas tecnologias de informação e comunicação, com a narrativa da pessoa. Nesse espaço, o impulso poderá gerar-se com a questão simples de “como está hoje?”.

A perspectiva de Martin Buber sobre a pessoa e a relação acentua a simetria bilateral da relação em uma parceria terapêutica centrada na pessoa, que, quando bem-sucedida, a reciprocidade permite alcançar uma parceria no cuidar em que o profissional e o utente se encontram ao mesmo nível<sup>14</sup>. O reconhecimento da simetria e reciprocidade no encontro com o outro será essencial para focar o sujeito e garantir o envolvimento do profissional na história da pessoa.

No essencial, cada pessoa-utente tem de ser vista como um agente cujas preocupações e necessidades são qualitativamente diferentes. O que constitui a essência da pessoa e lhe dá significado não é necessariamente válido para outra pessoa com o mesmo diagnóstico e situação de vida semelhante.



Inclusivamente, a mesma pessoa manifestará necessidades diferentes ao longo do seu percurso de saúde/doença<sup>32</sup>.

### **Centralidade na pessoa para a transformação dos serviços de saúde**

O contato esporádico e mais espaçado no tempo é frequentemente identificado como desafio no acesso e desenvolvimento à narrativa, quando contraposto a outros encontros terapêuticos que ocorrem de forma mais prolongada no tempo (i.e., em contexto de internamento hospitalar)<sup>32</sup>. Adotando a perspectiva do filósofo Dewey, em tais circunstâncias, a manutenção do espaço de expressão que permita a partilha do impulso por parte da pessoa e a possibilidade de ser impressionado por parte do profissional de saúde, que vá além dos limites físicos e geográficos, permitindo a conexão entre contexto de cuidados e o domicílio da pessoa, é de extrema importância<sup>11</sup>.

Esse desafio foi sobremaneira evidenciado pela pandemia de COVID-19, com limitação dos contatos presenciais em favor de maior uso das tecnologias de comunicação e informação para mediar cuidados de saúde a distância. A mediação do cuidado centrado na pessoa pela tecnologia está a dar os primeiros passos<sup>33</sup>. Nesse domínio, importa salvaguardar as exigências que tal espaço de expressão a distância traz para uma parceria de cuidados mediada pela tecnologia. A dificuldade em compreender a pessoa como um todo gera no profissional de saúde incertezas quanto a juízos clínicos, podendo dificultar o desenvolvimento de valores comuns e uma tomada de decisão partilhada<sup>34</sup>.

No contexto brasileiro, a objetificação do atendimento na era da tecnologia também tem vindo a ser apontada como uma preocupação<sup>35</sup>. O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) apresenta-se como um processo de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a complexidade da pessoa para além da doença. A compreensão dessa complexidade torna cada pessoa única e a sua experiência de doença subjetiva<sup>36</sup>.

O MCCP tem vindo a ganhar visibilidade particular no âmbito da medicina de família e comunidade. Esse método está alinhado com os referenciais europeus descritos neste artigo pelo esforço de agregação da medicina clínica tradicional à existencial como abordagem aos problemas de saúde. À luz do MCCP, é essencial um atendimento integral à pessoa em que o profissional de saúde prestará atenção na forma como vivencia a sua doença e o impacto que ela tem na sua vida e bem-estar, culminando em um planeamento de saúde conjunto<sup>36</sup>.

O desafio de saber o que significa a “boa vida” para aquela pessoa será, sobremaneira, desafiante para o profissional de saúde se o encontro envolve alguém fragilizado e muito doente, incapaz de lhe facultar essa perspectiva. Nessas situações, o planeamento e a execução conjuntos de um plano de saúde poderão ser difíceis de alcançar<sup>17</sup>. A perícia trazida pelo conhecimento empírico poderá, nessas circunstâncias, ser a propulsora da autoeficácia e confiança do profissional de saúde e fazer a diferença para identificar elementos de significado para a pessoa que não os consegue transmitir no imediato. Poderá a prática centrada na pessoa ser facilitada pelo nível de experiência? O que determinará, se assim for, esse nível de experiência? Nessas circunstâncias, o modelo teórico do CPcPR da prática centrada na pessoa, por oferecer uma perspectiva dos vários elementos a considerar para a prática centrada na pessoa, e a ética do modelo de GPCC de cuidado centrado na pessoa, por valorizar as relações justas em instituições justas, revelam a importância de se perceber a perícia individual dos vários elementos da equipe à luz da sua experiência conjunta, bem como a existência de valores partilhados que permitam relacionamentos eficazes, pelos quais as competências da equipe se complementam.

Documentos normativos e reguladores são essenciais para identificar os componentes da boa prática, alcançar a sua realização sistemática por todos os membros da equipe multidisciplinar, bem como permitir auditar processos no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Portugal não descarta a importância da centralidade dos cuidados na pessoa para a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Não obstante, o sistema atual de avaliação da qualidade assenta-se, maioritariamente, em parâmetros de autopreenchimento pelos profissionais de saúde.

À semelhança de outros países europeus, seria uma mais-valia para o processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a inclusão dos utilizadores dos serviços de saúde nessa avaliação para uma análise triangulada dos parâmetros na perspectiva de vários atores. O Inventário para a Prática Centrada na Pessoa<sup>37</sup> desenvolvido a partir do modelo teórico do CPcPR contempla uma versão para profissionais de saúde e outra para os utilizadores dos serviços de saúde, com dimensões sobreponí-

veis àquelas avaliadas pelo SINAS. Esse instrumento de medida autorreportado poderá assim tornar-se um recurso útil para a avaliação dos cuidados de saúde prestados na perspectiva de quem os recebe, no sentido da melhoria contínua da centralidade da prática na pessoa.

Da informação revista no domínio do conhecimento relativo à regulamentação da prática centrada na pessoa, importa salientar ainda a ausência de uma legislação específica em Portugal que, de forma concreta e detalhada, esclareça os princípios para o envolvimento do cidadão no seu processo de cuidados. A legislação da prática centrada na pessoa é uma das abordagens *top-down* que tem permitido estruturar iniciativas promotoras da prática centrada na pessoa. Nos países em que a participação do utente e a prática centrada na pessoa são parte constituinte do sistema legal, têm vindo a ser desenvolvidos centros de investigação e implementação de boas práticas orientadas para a promoção da centralidade dos cuidados na pessoa, bem como infraestruturas e financiamentos adequados ao trabalho em torno deste tópico <sup>3</sup>.

No domínio da implementação, a sustentabilidade do SNS, à semelhança de outros sistemas de saúde europeus, terá que contemplar o conhecimento que o utente tem de si próprio, das suas fragilidades e recursos, e da sua saúde no processo de ajustamento em transições de saúde/doença com vista à iniciação e manutenção de uma parceria de cuidados contínua entre o utente e a equipe de saúde. Para isso, a prática centrada na pessoa não pode ser um ato isolado no tempo, característico de um profissional de saúde ou de um serviço específico. Para haver inovação e efetiva mudança do sistema de saúde, é imperativo que a prática centrada na pessoa seja implementada e avaliada seguindo abordagem contínua, sistemática e rigorosa <sup>7</sup>.

Tal abordagem exige conhecimento dos referenciais teóricos de cuidado centrado na pessoa enquanto intervenção, bem como de metodologias de ciência de implementação enquanto processo para a integração da prática centrada na pessoa no contexto de prestação de cuidados aos níveis micro, meso e macro. Trata-se por isso de um trabalho multiprofissional que requer amplos e variados recursos (por exemplo, humanos, económicos, organizacionais, materiais). Perante tamanha complexidade, a utilização de roteiros práticos à implementação de cuidado centrado na pessoa como o de Santana et al. <sup>28</sup> ou o WE-CARE podem ser ferramentas promissoras na identificação de barreiras e facilitadores, bem como no planeamento de estratégias de implementação apropriadas a cada contexto. Seguindo tais abordagens, a evidência científica revela ganhos em saúde para o utente, bem-estar para os prestadores de cuidados e eficiência de custos <sup>3</sup>.

## Considerações finais

Este artigo contextualiza a mudança de paradigma para a prática centrada na pessoa e identifica os domínios do estado da arte que lhe estão associados: conhecimento filosófico, referenciais teóricos para a prática clínica, ensino e investigação, abordagens para a implementação, e regulamentação. Esses domínios terão de ser contemplados para desenvolvimento e implementação sistemáticos e sustentáveis com efetiva tradução em ganhos em saúde.

Partindo da análise crítica do estado da arte, reforça-se a importância de perspectivar a transformação dos serviços de saúde para a prática centrada na pessoa como processo de longa duração. A transformação passará também pela adoção do discurso de centralidade na pessoa que floresça em indicadores de envolvimento dos utentes e profissionais de saúde a um micro nível, dos vários serviços de saúde a um nível médio, e de gestores, administradores e políticos a um macro nível.

O envolvimento do cidadão nos seus cuidados de saúde, pela valorização dos recursos que dispõe e restituição do equilíbrio saúde/doença, é um dos precursores para um sistema de saúde sustentável face aos desafios sociais atuais. Importa que esse envolvimento ancorado legislativamente como estratégia prioritária para a saúde se concretize em modelos de prestação de cuidados e *modus operandi*. Nesse contexto, o conceito de centralidade na pessoa, que caracteriza a essência e o ideal do cuidar em processos de transição saúde/doença, dever-se-á traduzir em modelos inovadores de prática centrada na pessoa de forma a alcançar a excelência da qualidade na prestação de cuidados.

## Colaboradores

F. Ventura contribuiu com a concepção do ensaio, aquisição, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica. I. M. P. B. Moreira contribuiu com a concepção do ensaio e revisão crítica. V. Raposo e A. Mendes contribuíram com a concepção do ensaio, aquisição e análise de dados e revisão crítica. P. J. P. Queirós contribuiu com a concepção do ensaio. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## Informações adicionais

ORCID: Filipa Ventura (0000-0001-5722-5612); Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira (0000-0002-6371-003X); Vitor Raposo (0000-0002-9328-8415); Paulo Joaquim Pina Queirós (0000-0003-1817-612X); Aida Mendes (0000-0002-1992-9632).

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao investigador Anderson da Silva Rêgo pela revisão linguística do texto. O trabalho de F. V. foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) de Portugal.

## Referências

1. Ekman I, Busse R, van Ginneken E, Van Hoof C, van Ittersum L, Klink A, et al. Health-care improvements in a financially constrained environment. *Lancet* 2016; 387:646-7.
2. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf> (acessado em 27/Set/2021).
3. Gyllensten H, Björkman I, Jakobsson Ung E, Ekman I, Jakobsson S. A national research centre for the evaluation and implementation of person-centred care: content from the first interventional studies. *Health Expect* 2020; 23:1362-75.
4. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: The National Academies Press; 2001.
5. World Health Organization. *Framework on integrated, people-centred health services*. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> (acessado em 21/Set/2021).
6. Serviço Nacional de Saúde. SNS+ proximidade: mudança centrada nas pessoas. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120\\_LivroSNSProximidade-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNSProximidade-1.pdf) (acessado em 21/Set/2021).
7. Phelan A, McCormack B, Dewing J, Brown D, Cardiff S, Cook N, et al. Review of developments in person-centred healthcare. *International Practice Development Journal* 2020; 10 Suppl 2:1-29.
8. Tavernier J. The historical roots of personalism. *Ethical Perspect* 2009; 16:361-92.
9. Guilherme A, Morgan WJ. *Philosophy, dialogue, and education – nine modern European philosophers*. Londres: Routledge; 2019.
10. Ricoeur P. *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
11. Dewey J. *Människans natur och handlingar*. Gotemburgo: Bokförlaget Daidalos; 1936.
12. Taylor C. *Philosophical papers: volume 2, philosophy and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
13. Uggla BK. *Homo capax: texter av Paul Ricoeur om etik och filosofisk antropologi*. Gotemburgo: Bokförlaget Daidalos; 2011.
14. Buber M. *Between man and man*. Londres: Routledge; 2002.
15. Britten N, Ekman I, Naldemirci Ö, Javinger M, Hedman H, Wolf A. Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ* 2020; 370:m2738.
16. McCormack B, McCance T, Bulley C, Brown D, McMillan A, Martin S. *Fundamentals of person-centred healthcare practice*. Milton: John Wiley & Sons; 2021.
17. Ekman I. *Personcentrering Inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till Praktik*. Estocolmo: Liber; 2020.

18. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286:1897-902.
19. Dewing J, McCormack B. Tell me, how do you define person-centredness? *J Clin Nurs* 2017; 26:2509-10.
20. McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *J Clin Nurs* 2004; 13:31-8.
21. McCormack B, Karlsson B, Dewing J, Lerdal A. Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scand J Caring Sci* 2010; 24:620-34.
22. SIST EN 17398:2020. Patient involvement in health care – minimum requirements for person-centred care. <https://standards.iteh.ai/catalog/standards/cen/4dca7988-e569-4845-a72a-26a51f5a3c29/en-17398-2020> (acessado em 27/Set/2021).
23. Entidade Reguladora da Saúde. Focalização no utente. <https://apch2.ers.pt/pages/217> (acessado em 02/Nov/2021).
24. Portugal. Despacho nº 191/2018. Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República* 2018; 3 out.
25. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expect* 2018; 21:429-40.
26. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
27. Lloyd HM, Ekman I, Rogers HL, Raposo V, Melo P, Marinkovic VD, et al. Supporting innovative person-centred care in financially constrained environments: the we care exploratory health laboratory evaluation strategy. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:3050.
28. Lewandowski RA, Lewandowski JB, Ekman I, Swedberg K, Törnell J, Rogers HL. Implementation of person-centered care: a feasibility study using the WE-CARE roadmap. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:2205.
29. Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, Ekman I, Olaya-Contreras P. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatr Nurs* 2021; 42:213-24.
30. Dickson C, van Lieshout F, Kmetec S, McCormack B, Skovdahl K, Phelan A, et al. Developing philosophical and pedagogical principles for a pan-European person-centred curriculum framework. *International Practice Development Journal* 2020; 10 Suppl:1-20.
31. Ventura F, Koinberg I, Karlsson P, Sawatzky R, Öhlén J. Purposeful agency in support seeking during cancer treatment from a person-centered perspective. *Glob Qual Nurs Res* 2016; 3:2333393616630672.
32. Ventura F, Koinberg I, Sawatzky R, Karlsson P, Öhlén J. Exploring the person-centeredness of an innovative E-supportive system aimed at person-centered care: prototype evaluation of the care expert. *Comput Inform Nurs* 2016; 34:231.
33. Wit LM, van Uden-Kraan CF, Lissenberg-Witte BI, Melissant HC, Fleuren MA, Cuijpers P, et al. Adoption and implementation of a web-based self-management application “Oncokompas” in routine cancer care: a national pilot study. *Support Care Cancer* 2019; 27:2911-20.
34. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26 Suppl 8:216-22.
35. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed Editora; 2010.
36. Slater P, McCance T, McCormack B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). *Int J Qual Health Care* 2017; 29:541-7.

## Abstract

*Person-centered practice plays a significant role in the organization and management of health systems, as well as in the definition of health policies. This essay aimed to identify the ethical principles and theoretical structures of a person-centered practice, as well as the Portuguese and European national guidelines establish its regulation. A theoretical reflection was conducted based on the critical narrative review of the state of the art on person-centered practice, which aimed to answer the question: what are the structuring elements of the person-centered care practice that make it distinguished in obtaining health gains? Critical reflection contextualizes the paradigm shift to a person-centered practice and identifies the state-of-the-art domains associated with it: philosophical knowledge, theoretical frameworks for clinical practice, teaching and research, approaches to implementation, and regulation. These areas will necessarily have to be considered for a systematic and sustainable development and implementation with effective transformation into health gains.*

*Ethics; Patient-Centered Care; Persons; Integrated Delivery of Health Care*

## Resumen

*La práctica centrada en la persona tiene un papel preponderante en la organización y gestión de sistemas de salud, así como en la definición de políticas de salud. Este ensayo tuvo como objetivo identificar los principios éticos y las estructuras teóricas de la práctica centrada en la persona, así como las instrucciones nacionales portuguesas y europeas que están basadas en su regulación. Se realizó una reflexión teórica con base en una revisión narrativa crítica del estado del arte sobre la práctica centrada en la persona, que buscó responder a la pregunta: ¿Cuáles son los elementos estructurantes de la práctica de cuidados centrados en la persona que la hacen diferenciadora en la obtención de beneficios para la salud? La reflexión crítica contextualiza el cambio de paradigma para la práctica centrada en la persona e identifica los dominios del estado del arte asociados con ella: conocimiento filosófico, marcos teóricos a la práctica clínica, enseñanza e investigación, enfoques de implementación y reglamentación. Estos dominios necesariamente deberán ser contemplados para el desarrollo e implementación sistemático y sostenible que resulte en efectivos beneficios para la salud.*

*Ética; Atención Dirigida al Paciente; Personas; Prestación Integrada de Atención de Salud*

---

Recebido em 29/Nov/2021  
Versão final rerepresentada em 03/Ago/2022  
Aprovado em 08/Set/2022