

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA À LUZ DA FILOSOFIA DA DIFERENÇA DELEUZEGUATTARIANA

THE PERSON-CENTERED CLINICAL METHOD IN LIGHT OF DELEUZE-GUATTARIAN PHILOSOPHY OF DIFFERENCE

Leidiane Marques de Aguiar¹

Miguel Siviero da Silva²

Luciana Osório Cavalli³

Cassio Franco⁴

RESUMO: Este artigo tem como tema o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Filosofia da Diferença de Gilles Deleuze e Félix Guattari e tem como objetivo estabelecer aproximações teórico-reflexivas entre os dois campos do conhecimento, de modo a ampliar a compreensão sobre a subjetividade humana no processo de adoecimento, considerando processos biológicos, psicológicos e sociais, respeitando a singularidade e as multiplicidades da pessoa e fortalecendo a relação médico-paciente. Trata-se de pesquisa qualitativa, de método analítico-reflexivo, de natureza exploratória, classificada como estudo teórico-reflexivo e fundamentada na abordagem dialética e da complexidade. Justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre o cuidado centrado na pessoa, reforçada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina de setembro de 2025, que impulsionam essa perspectiva na formação médica brasileira, de modo a instigar práticas médicas voltadas à realidade complexa atual, com demanda às novas competências e cuidado em saúde. Outrossim, este estudo poderá trazer contribuições às instituições de ensino médico, uma vez que fomenta a aproximação entre a prática clínica e a filosofia, relação pouco explorada na academia, oferecendo subsídios teórico-reflexivos para articulação entre humanização, ética e cuidado, ampliando a visão de ensino médico para além da formação técnica.

1

Palavras-chave: Medicina centrada na pessoa. Filosofia da Diferença. Cuidado em saúde.

¹ Doutora em Letras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Preceptora da Liga Acadêmica de Pesquisa Científica (LAPC) do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz - FAG e graduanda em Medicina pela mesma instituição de ensino.

² Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz - FAG.

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Médica de Família e Comunidade. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz - FAG.

⁴ Mestre em Metodologias Ativas pela Faculdade Pequeno Príncipe - FPP. Pneumologista. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz - FAG.

ABSTRACT: This paper focuses on the Person-Centered Clinical Method and the Philosophy of Difference developed by Gilles Deleuze and Félix Guattari. It aims to establish theoretical and reflective connections between these two fields of knowledge in order to broaden the understanding of human subjectivity in the process of illness, considering biological, psychological, and social processes, while respecting the singularity and multiplicities of the person and strengthening the doctor-patient relationship. This is a qualitative, analytical-reflective, exploratory study, classified as a theoretical-reflective investigation and grounded in dialectical and complexity-based approaches. The study is justified by the need to broaden the understanding of person-centered care, as reinforced by the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical Education issued in September 2025, which promote this perspective in Brazilian medical education and encourage medical practices responsive to the complexities of contemporary reality, requiring new competencies and approaches to healthcare. Furthermore, this study may contribute to medical education institutions by fostering closer connections between clinical practice and philosophy, an intersection that remains underexplored in academia. It provides theoretical and reflective support for articulating humanization, ethics, and care, thereby broadening the understanding of medical education beyond technical training.

Keywords: Person-centered medicine. Philosophy of Difference. Healthcare.

INTRODUÇÃO

2

A medicina é uma ciência antiga e dinâmica, em constante evolução, que mantém relação simbiótica com a área de conhecimento humano da filosofia. Sabemos que ambas tiveram seu primórdio na Grécia Antiga, coroando, inclusive, Hipócrates como o pai da medicina. Ainda que a medicina não tenha dado muita atenção à filosofia nos últimos tempos (McWhinney, 2026, p. 29), não podemos nos esquecer que esta última se ocupou, sempre, de pensar sobre a existência, o conhecimento, a ética e a vida. De mais a mais, a medicina está fundamentada na ética profissional - objeto de estudo da filosofia médica - que tem, no século atual, voltado seu olhar atento para a bioética, em face dos avanços tecnológicos que envolvem a medicina, tais como a manipulação genética, a inteligência artificial e os desafios éticos que os circundam.

Esse distanciamento entre a medicina e a filosofia é fruto da concepção do modelo biomédico tradicional, centrado na doença, que foi impulsionado e fortalecido no século passado, especialmente a partir das repercussões do Relatório Flexner, publicado em 1910. Modelo esse, reflexo da visão cartesiana de ensino e prática médica, fragmentado em disciplinas,

que dividiu corpo e mente, observador e observado, médico e paciente, desqualificou aspectos sociais, históricos e psicológicos, enfocou a doença em detrimento do sujeito doente e que ainda hoje encontra-se estabelecido em muitos agires médicos, apesar de se demonstrar incompleto e, por vezes, pouco resolutivo.

Em face do exposto e compreendendo que escrever é trazer à luz os agenciamentos coletivos; é dobrar para o fora; é desconstruir verdades absolutas e encorajar novos pensamentos e atitudes (Corazza, 2006, p. 29-30), este estudo é fruto de encontros teóricos outros, que nos constituem enquanto sujeitos singulares e múltiplos e tem por objetivo estabelecer aproximações teórico-reflexivas entre os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e conceitos da Filosofia da Diferença deleuzeguattariana. Justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre o cuidado centrado na pessoa, reforçada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina de setembro de 2025, que impulsionam essa perspectiva na formação médica brasileira, de modo a instigar práticas médicas voltadas à realidade complexa atual, com demanda às novas competências e cuidado em saúde (Brasil, 2025, s. p.). Além disso, esta pesquisa poderá trazer contribuições às instituições de ensino médico, uma vez que fomenta a aproximação entre a prática clínica e a filosofia, pouco explorada na academia, oferecendo subsídios teórico-reflexivos para articulação entre humanização, ética e cuidado e ampliação da visão de ensino para além da formação técnica.

METODOLOGIA E REFERENCIAL TEÓRICO

Trata-se de pesquisa qualitativa, de método analítico-reflexivo, de natureza exploratória, classificada como estudo teórico-reflexivo. O corpus de análise foi composto por meio de pesquisa bibliográfica a partir de duas obras relevantes nos campos de conhecimento em estudo: uma de base filosófica e composta por cinco volumes, *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, de Gilles Deleuze e Félix Guattari; e outra de base clínica e referência internacional: *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o Método Clínico*, de Moira Stewart et al., em suas traduções brasileiras. Outrossim, o estudo não se limitou ao levantamento descritivo da literatura, uma vez que, fundamentado na abordagem dialética e da complexidade, aproximou diferentes campos do saber - a Medicina centrada na pessoa e a Filosofia da Diferença deleuzeguattariana - estabelecendo encontros teórico-reflexivos com vistas à ampliação da compreensão do cuidado em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O filósofo francês, Gilles Deleuze, foi um importante pensador pós-estruturalista e desenvolveu juntamente com outros pensadores, dentre os quais destacamos Félix Guattari, uma abordagem original à filosofia, denominada de Filosofia da Diferença, com o intuito de questionar noções de poder, sujeito e organização molar, nas quais somos condicionados ainda no mundo de hoje. Nas palavras de Gallo, Deleuze foi o filósofo da multiplicidade, criticou a filosofia dualista, redefiniu a filosofia no século XX e levou Foucault a afirmar que um dia talvez o século fosse deleuziano (Gallo, 2013, p. 29, 33-34). Ainda que não tenha escrito especificamente para a área de ensino e da saúde, suas contribuições são profícuas para pensarmos o contexto do cuidado em saúde e da formação médica, uma vez que a realidade complexa atual exige profissionais aptos a atuarem neste novo contexto social, de tecimento em conjunto, novos fluxos e novas demandas.

O Método Clínico Centrado na Pessoa, visto em seu princípio, na década de 80, por muitos pesquisadores e educadores como uma “ciência branda” e na periferia da medicina tradicional, tem ganhado notório destaque nas últimas décadas em pesquisas, embasado importantes discussões sobre a prática clínica e integrado muitos currículos educacionais de saúde em todo o mundo. O MCCP, como método da abordagem da medicina centrada na —————
pessoa, está sustentado em quatro componentes fundamentais, que se enredam entre si: explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas; e fortalecer a relação entre a pessoa e o médico (Stewart et al., 2026a, p. 3-5). Isso posto, a palavra de ordem deste método é a complexidade, pois almeja transcender a lógica binária da disjunção e redução, baseado na transmissão de conhecimentos, competência e valores decorrentes do passado (Moraes, 2015. p. 66-67) e estabelecer uma atitude multidimensional frente à indispensabilidade de uma abordagem holística, sensível e atual na saúde.

O primeiro componente do MCCP, explorar a saúde, a doença e a experiência da doença, busca distinguir os diferentes sentidos atribuídos a cada um desses conceitos. Para os autores, saúde é, assim como definiu a Organização Mundial da Saúde (OMS), um recurso para viver, ou seja, a maneira como as pessoas percebem a saúde e o significado que essa adquire em suas vidas, levando em conta suas aspirações e propósitos de vida; doença é a construção teórica por

meio da qual os médicos buscam explicar as anormalidades funcionais dos órgãos e sistemas biológicos - físicos e mentais - ou seja, o diagnóstico biomédico; enquanto a experiência da doença compreende a experiência singular de sentir-se doente e envolve quatro dimensões importantes, representadas pela sigla SIFE: sentimentos e temores sobre seus problemas, ideias sobre o que está alterado, efeitos da patologia nas suas funções e expectativas do paciente em relação ao médico (Stewart et al., 2026b, p. 48-59).

Esse primeiro componente do M CCP pode ser compreendido em aproximação ao conceito de territorialização da filosofia deleuzeguattariana. O território, em Deleuze e Guattari, pode ser interpretado não apenas em seu sentido geográfico, área delimitada por fronteiras, mas como organização provisória da vida que se estabelece por meio de reconhecimentos, ritmos e relações, constituindo um campo de apropriação existencial, no qual organizamos nossa vida e produzimos diferentes sentidos. Uma profissão, uma especialidade, um ofício! (Deleuze; Guattari, 2012a, p. 127, 143). Cumpre destacar, destarte, que o território é, por si só, lugar de passagem e está sempre suscetível a dois inerentes processos entrelaçados: a desterritorialização, movimento de saída pelo qual o território se desfaz e abre-se para o novo, e a reterritorialização - reconstrução de um território outro (Deleuze; Guattari, 2012a, p. 139, 144).

Com o propósito de ampliar a compreensão de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, Deleuze e Guattari utilizam-se metaforicamente do par conceitual: espaço liso e espaço estriado, problematizando diferentes formas de organização e distribuição no espaço. Enquanto o espaço estriado - a cidade - é estabelecido por superfícies fixas, estratificadas e organizadas: território e reterritorialização, o espaço liso - o mar - é ocupado por fluxos e agenciamentos, espaço aberto e contínuo, onde o corpo se movimenta fluidicamente: desterritorialização (Deleuze; Guattari, 2012b, p. 192). Conforme os autores, o liso e o estriado se diferenciam por três aspectos fundamentais: o primeiro deles diz respeito à relação inversa entre ponto e linha nos dois tipos de espaço: enquanto no espaço estriado a linha conecta dois pontos, no espaço liso o ponto se encontra entre duas linhas. O segundo aspecto refere-se à natureza da linha, caracterizada pela direção e pela abertura dos intervalos no espaço liso, à medida que, no espaço estriado, relaciona-se à dimensão e à delimitação dos intervalos. Por último, o terceiro aspecto está relacionado à forma de organização no espaço: superfície delimitada por cortes e marcações no espaço estriado e distribuição aberta e contínua no espaço

liso. Todavia, segundo os autores, estes espaços não existem puros; coexistem em virtude de suas misturas constantes: foi no mar que o espaço liso começou a ser estratificado por meio de duas grandes conquistas humanas: a astronomia e a geografia (cartas náuticas), assim como as cidades não param de liberar espaços lisos: grandes favelas móveis e temporárias (Deleuze; Guattari, 2012b, p. 192, 198, 200).

Olhar para o primeiro componente do MCCP sob a ótica do conceito filosófico supramencionado implica entender que há neste processo de adoecimento, ao menos, dois deslocamentos. O primeiro deles se refere ao deslocamento do paciente que, por força de desterritorialização da enfermidade, é retirado de um estado territorial previamente conhecido - a saúde - e de seu modo de vida anterior. O adoecimento, assim, rompe coordenadas e zonas de estabilidade e previsibilidade, conduzindo o paciente à experiência única, marcada por novos sentimentos e medos. Sentimentos, ideias, funções e expectativas (SIFE) passam a ser expressões subjetivas para reconstruir um território outro, ou seja, reterritorializar-se em um novo estado clínico, no qual o corpo deixa de funcionar como antes, autonomia e independências podem ser comprometidas, expectativas e possibilidades de vida, na maioria das vezes, precisam ser ressignificadas.

O segundo deslocamento alcança o próprio agir médico, que deixa de apoiar-se exclusivamente nas certezas fechadas do modelo biomédico - diagnóstico biológico (*disease*) - e passa a explorar esse território em transformação por meio da experiência vivida (*illness*). O profissional amplia, assim, sua compreensão sobre o adoecimento ao reconhecer que a saúde assume significados singulares conforme os valores, as aspirações, as condições concretas de vida e as experiências de cada pessoa. O que para alguns pode significar, por exemplo, a possibilidade de estar envolvido, ainda de maneira apática, com as atividades familiares cotidianas, para outros pode significar gozar de uma condição física ativa, que lhe possibilitem andar, correr e viajar.

Não se trata mais do território antigo, tampouco de um retorno a ele. Trata-se da reterritorialização em um território outro - sempre singular - atravessado pela produção de novos sentidos. O paciente passa a se reorganizar em novos arranjos existenciais, construindo uma nova coerência para o que está vivendo enquanto o médico não abandona o saber técnico, mas o articula à experiência subjetiva de seu paciente. Para mais, conforme os autores, é preciso assimilar que saúde e doença nem sempre são reciprocamente excludentes, uma vez que é

possível que alguém com uma doença assintomática - não diagnosticada - sinta-se saudável enquanto alguém emocionalmente comprometido sinta-se adoecido, com prejuízo funcional ou não, ainda que não se consiga caracterizar uma doença (Stewart et al., 2026b, p. 48). A clínica desloca-se, portanto, da centralidade exclusiva do diagnóstico para acompanhar, de modo ampliado, o devir-pessoa, ou seja, a maneira como o paciente se transforma ao adoecer, ajudando-o a ressignificar sentidos e compreendendo-o para além de seus sinais, sintomas e alterações patológicas.

O segundo componente do M CCP, entender a pessoa como um todo, preconiza que a prática médica deve integrar os conceitos de saúde, doença e experiência da doença com o entendimento da pessoa como um todo, considerando a pessoa, o estágio em que se encontra no ciclo da vida (Brown; Weston, 2026, p. 72) e seus diversos contextos: família, educação, emprego, segurança financeira, habitação, lazer, suporte social, cultura, macroeconomia, sistema de saúde, fatores histórico-sociais, mídia e ecossistema (Freeman; Brown, 2026, p. 100-105). Ademais, entender a pessoa como um todo deve levar o médico à compreensão de que o ser humano é ao mesmo tempo um ser uno, no que diz respeito às características comuns da espécie humana - *homo sapiens* - e um ser múltiplo atravessado por diferentes determinantes-linhas da sua vida real.

A este componente, aproximamos o conceito de Rizoma. Na obra *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, especialmente no vol. I da segunda edição da tradução brasileira, o rizoma pode ser compreendido como um conceito que expressa, de modo privilegiado, a Filosofia da Diferença deleuzeguattariana. O termo, emprestado da Biologia, subverte o modelo arbóreo de raiz pivotante - que em seus galhos abarcavam especialidades que não guardavam ligações entre si, a não ser o tronco enraizado - e é utilizado pelos filósofos para descrever sistemas abertos, de múltiplas conexões. Diferentemente da árvore-raiz, que exerceu forte influência na estruturação do pensamento científico clássico e, conseqüentemente, na organização hierárquica e disjuncional de diversos campos do saber, tal qual a medicina que é filha do seu tempo (McWhinney, 2026, p. 29), o rizoma não é feito de unidades, de começo nem fim, mas de direções que se movem, crescem e transbordam. Ele cresce entre e preenche espaços não cultivados (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 40, 43).

Referido conceito filosófico é apresentado pelos autores por meio de seis características aproximativas, denominadas de princípios. O primeiro e segundo deles, princípio de conexão e

heterogeneidade, enfatizam que as partes do rizoma podem e devem ser conectadas a qualquer outra parte, diferentemente da árvore-raiz que fixa uma lógica centralizada e organizativa. O terceiro deles, princípio da multiplicidade, contrasta a ideia de unidade, identidade fixa, e reforça a multidimensionalidade da vida, em processo de devir, em constante variação. Sendo assim, a multiplicidade não se resume ao uno e a totalizações, mas estabelece-se como um campo dinâmico e heterogêneo capaz de produzir modos de existências singulares e múltiplos. O quarto princípio, princípio de ruptura assignificante, enfatiza que o rizoma pode ser interrompido, escapado de sua lógica fixa e atravessado por linhas de desterritorialização, que continuam de modo aberto, provisório e suscetíveis de novas e insuspeitas recomposições. O quinto e sexto, princípios de cartografia e de decalcomania, salientam que, diferentemente do decalque, pronto e acabado, o mapa não é fechado, é cartografado, construído de entradas múltiplas, estabelecido na aproximação entre os campos e aberto a um plano de consistência - ancorado no real - passível, portanto, de receber constantes modificações (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 22-30). Nas palavras de Deleuze e Guattari, a existência humana é perpassada por múltiplas linhas que coabitam e se cruzam, segundo ritmo e natureza distintos: trópicos, fusos, meridianos, geodésicas... (Deleuze; Guattari, 2012c, p. 83).

Associar o conceito de Rizoma ao segundo componente do método clínico do MCCP significa superar a visão fragmentada, linear e centralizada da medicina tradicional, que compartimentalizou corpo e mente e que apagou o sujeito em sua experiência com a doença, possibilitando uma “medicina menor”, não em grau diminutivo, mas sim como potência de singularização e exercício de produção de multiplicidades (Gallo, 2013, p. 64, 68), frente a modelos hegemônicos de atenção à saúde. Pensar a prática médica sob a perspectiva da erva-daninha (rizoma) é deslocar-se do modelo hierárquico do atendimento médico clássico, sequência linear da queixa, diagnóstico e tratamento, para compreender o paciente e o contexto de cuidado como uma rede complexa, multiconectada e em constante mudança, em que cada conexão pode afetar e comprometer o processo-adoecimento.

Essa compreensão rizomática repercute também na organização do cuidado. Se a pessoa é atravessada por múltiplas dimensões e relações, sua assistência dificilmente pode ser esgotada por um único campo profissional. A transdisciplinaridade, abordagem aberta à remodelação constante (Cetrans, 2002, p.13), torna-se, assim, uma consequência prática deste movimento, permitindo articular diferentes saberes conforme as necessidades do paciente e superar barreiras

interprofissionais que fragmentam o cuidado. Ademais, nessa perspectiva, a clínica pode ampliar-se para incorporar recursos como educação em saúde, prevenção e redução de riscos e práticas integrativas, compondo intervenções capazes de responder à complexidade singular de cada situação.

O terceiro componente do MCCP, elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas, definido como um componente interativo e integral para o qual todos os demais componentes se convergem, ressalta que é preciso elaborar um plano de definição de problemas, metas e prioridades, objetivos do tratamento/manejo da doença e papéis da pessoa assistida e do profissional de saúde, pois segundo os autores, é um encontro de especialistas: de um lado o médico que domina o conhecimento técnico biomédico - diagnóstico, fisiopatologia, prognóstico, tratamentos e evidências científicas - e de outro, a pessoa - especialista em suas metas de saúde, sua experiência com a doença, suas necessidades, crenças e valores - esperando um papel mais ativo nas decisões sobre sua assistência médica (Brown et al., 2026, p. 116-136).

Ao terceiro componente do MCCP promovemos um encontro com o princípio deleuzeguattariano de Cartografia e, por conseguinte, à construção de mapas. Na Filosofia em destaque, cartografia e mapa são conceitos vinculados, pois cartografar é construir, mapear sensibilidades e estar aberto aos movimentos e fluxos. Nas palavras dos filósofos franceses, o mapa não se limita a seu caráter representacional, fechado sobre ele mesmo, ele constrói, contribui para as conexões dos espaços, promovendo a abertura sobre um plano estático. Ele é desmontável, reversível, adaptável à montagem de dessemelhantes naturezas (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 30). À luz do componente e do conceito supramencionado, compreendemos que o fazer médico deve cartografar novas possibilidades, capaz de criar conexões e possibilidades de cuidado, contribuindo para uma civilização da religação, capaz de reconhecer que a vitalidade da existência emerge das relações, dos enlaces e parcerias, dos diálogos e processos de interdependência (Moraes, 2015, p. 32). Não se trata de abandonar a medicina baseada em evidências, mas sim de perceber a confluência entre essa e o método clínico centrado na pessoa, compreendendo a sinergia entre ambos, oportunizando a exposição de evidências científicas sobre tratamentos possíveis, reconhecendo o entendimento e as particularidades do paciente e respeitando as preferências de tratamento de cada pessoa.

Incorporar este componente e conceito ao agir médico significa vencermos o pensamento tradicional e a compreensão paternalista presente na cabeça de muitos médicos, de que possuem

o controle total da situação em detrimento da passividade do paciente, atitude que nada contribui para o fortalecimento da relação médico-paciente. Significa desmistificar a receita médica unilateral, “pronta e acabada”, e promover manejo e tratamento a partir do plano de consistência da medicina tradicional - baseada em evidências - com abertura à realidade do paciente, pois o mapa contrapõe-se ao decalque porque volta-se inteiramente à experimentação no real em vez de reproduzir modelos preestabelecidos (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 30). Nesse sentido, a cartografia permite compreender o plano terapêutico como construção aberta, compartilhada e suscetível a modificações ao longo do processo de cuidado. O manejo deixa de reproduzir modelos previamente definidos e passa a incorporar a realidade do paciente, suas escolhas, valores, possibilidades e limites. O conhecimento técnico e as evidências científicas permanecem como plano de consistência da prática médica, porém articulados as saber experiencial da pessoa assistida, fortalecendo sua autonomia e corresponsabilidade nas decisões sobre o cuidado. Imaginemos o processo de adoecimento como uma desconhecida e temida viagem. E se durante esta viagem pudéssemos escolher outro trajeto em conjunto e voltado à realidade, necessidades e expectativas do viajante/paciente? Seria esse menos válido do que o prescrito pelo roteiro inicial e pelo método clínico tradicional?

Por fim, vale destacar que somado a esta necessidade de validação dos valores e escolhas da pessoa na prática médica contemporânea, estamos vivenciando um marco legal no atendimento compartilhado em saúde, com a recente aprovação do Estatuto dos Direitos do Paciente (Lei nº 15.378 de 6 de abril de 2026), que consolida direitos relacionados à autonomia do paciente e sua participação ativa nas decisões terapêuticas, qualifica o consentimento informado como processo contínuo e estabelece maior responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde em relação à transparência e comunicação assertiva oferecida aos pacientes (Brasil, 2026. s. p.).

O último componente do MCCP, fortalecer a relação entre a pessoa e o médico, é o componente pilar dos componentes discutidos anteriormente. Conforme apontam os autores, há uma visão, no método clínico convencional, de que o envolvimento emocional pode ocasionar demandas perturbadoras aos profissionais de saúde. Sendo assim, enfatizam a necessidade de um transitar responsável entre a observação objetiva e a identificação empática (Stewart; Brown; Freeman, 2026, p. 158-159), revelando-se como o alicerce pelo qual o paciente fortalecerá sua segurança na aliança terapêutica com o médico, reforçando o sentimento de que,

para além de um exímio profissional, encontra-se diante de um ser humano íntegro, sensível e empático. Relevante ressaltar que quando os pacientes são sensibilizados pela compreensão do médico em relação a seu estado de adoecimento e pelo efeito deste em suas vidas poderá haver uma maior confiabilidade na prática médica, o que pode refletir na diminuição de solicitação de exames adicionais, de consultas com outros especialistas e de processos judiciais.

Aproximamos este último componente ao conceito de Afecto. Embebido pela Ética de Spinoza, Deleuze ressalta que *affectus* é uma força vital que atravessa corpos e que aumenta ou diminui a potência de existir e agir. Nas palavras dos teóricos, diferentemente das ferramentas, introspectivas, os afectos são projéteis assim como as armas - velocidade, movimento e intensidade (Deleuze; Guattari, 2012b, p. 84), capazes de afetar e de criar possibilidades de ser e agir, sempre coletivo e social.

Compreender este componente do MCCP a partir do *affectus* significa deslocar a empatia da pretensão insuficiente de se “colocar no lugar do outro” para uma disposição à afecção, à alteridade e à transformação produzida pelo encontro. Desse modo, paciente e médico são projetados para uma nova composição biopolítica, na qual a pessoa deixa de ser compreendida exclusivamente como portadora de sinais e sintomas e passa a ser vista como força-vida, dotada de possibilidade de atitudes. Do mesmo modo, o profissional da medicina é convocado a reconhecer a importância de um cuidado que não se limite ao enfrentamento da doença, mas que contribua para a ampliação da potência de vida e de ação da pessoa diante da experiência da enfermidade.

11

Nesse horizonte, fortalecer a relação pessoa-médico implica fomentar presente discussão na formação e na prática médica de modo a consolidar uma abordagem do *affectus*, que transcenda a mera visão biomédica e abranja a saúde, a doença e a experiência subjetiva da enfermidade. Ao inserir este debate no currículo médico poderemos dar à consulta a dimensão do encontro e ampliar a consciência do estudante aprendente em direção ao entendimento de que a clínica supera a compreensão biomédica de órgãos comprometidos e configura-se como um acontecimento onde duas potências se cruzam.

Vale salientar que, por muitas gerações, os estudantes de medicina foram ensinados a não se envolver emocionalmente com os pacientes, com o intuito de preservar sua saúde emocional e estabelecer um distanciamento necessário para observar e tratar. Contudo, conforme nos colocam os autores canadenses, não há como vivenciar o encontro com o

sofrimento sem ser afetado de alguma maneira, ainda que o resultado seja a negação e a evitação (Stewart; Brown; Freeman, 2026, p. 158). Sendo assim, é crucial promover no estudante de Medicina a autopercepção de que a blindagem emocional, ao invés de auto preservar a saúde do profissional, é uma armadilha que gera frustrações e sensação de impotência diante do sistema, já que distancia a pessoa da adesão legítima ao cuidado e reduz a eficiência clínica.

Deleuze e Guattari salientam que a palavra de ordem carrega consigo sempre uma sentença de morte àquele que a recebe, ainda que atenuada, simbólica, iniciática e temporária (Deleuze; Guattari, 2011b, p. 57). Nesse sentido, ao determinar planos terapêuticos cegos à dinâmica dos afetos, sem se deixar atravessar pelo sofrimento da pessoa que os recebe, o médico reduz o cuidado à aplicabilidade de protocolos e enfraquece a potência de agir do paciente, na medida que mobiliza, muitas vezes, a culpa e o medo como mecanismos para adesão ao tratamento. Por outro lado, ao reconhecer a pessoa em sua integralidade e construir um plano terapêutico individualizado de maneira colaborativa, o médico pode produzir afetos vivificantes que favoreçam o desejo de perseverar na existência, mesmo diante de condições adversas, promovendo mudanças de comportamento e dando concretude à célebre reflexão de Oliver Sacks (1985): enquanto o exame da doença amplia nosso conhecimento sobre biologia, anatomia e fisiologia, o encontro com a pessoa que vivencia a doença nos proporciona sabedoria sobre a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões apresentadas permitiram assimilar a Filosofia da Diferença não apenas como uma complementação teórica ao Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), mas como uma perspectiva crítica capaz de tensionar os pressupostos do modelo biomédico tradicional, frequentemente marcado por uma visão fragmentada e centrada na doença. Ao estabelecer diálogos com conceitos de Deleuze e Guattari, o MCCP pode ser compreendido para além de uma técnica comunicacional, assumindo uma postura ética fundamentada na abertura à diferença, à multiplicidade e aos processos contínuos de devir que atravessam a subjetividade e a experiência humana. Essa articulação teórica oferece subsídios para pensarmos a prática médica como uma “arte do cuidado”, para além da centralidade da doença, valorizando o encontro clínico como espaço de escuta, acolhimento e produção compartilhada de sentidos.

Os fundamentos do MCCC puderam ser ampliados por conceitos da Filosofia da Diferença deleuzeguattariana: a territorialização e a desterritorialização possibilitaram compreender o adoecimento para além da dimensão biológica, como processo que desestabiliza e reorganiza territórios existenciais outros; o rizoma ampliou a compreensão da pessoa como uma multiplicidade de dimensões, biológicas, psíquicas, sociais, culturais e espirituais, constituindo uma trama viva em constante conexão e variação, que se articulam e se afetam mutuamente e favorecem uma abordagem integral e aberta à articulação entre diferentes saberes; a cartografia deslocou o plano conjunto de manejo de uma lógica prescritiva para uma construção compartilhada, aberta à singularidade, à autonomia e ao saber experiencial do paciente; e o afecto (*affectus*) contribuiu para compreendermos a relação médico-paciente e o encontro clínico como um “acontecimento”, favorecendo a produção de afetos capazes de ampliar a potência de agir do paciente e de fortalecer sua participação no cuidado. Assim, a aproximação entre o MCCC e a Filosofia da Diferença favoreceu uma compreensão do cuidado como processo singular, aberto e articulador de diferentes saberes, superando uma visão puramente funcional e técnica da medicina.

Inevitáveis ao processo de pesquisa e reconhecendo que o avanço da ciência emerge da potência do desconhecido, compreendemos que este trabalho deixou paisagens ainda por explorar, abrindo possibilidades para novos movimentos e proposições de pesquisa. A aproximação entre o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Filosofia da Diferença deleuzeguattariana pode ser ampliada em diferentes contextos da experiência concreta do cuidado, possibilitando novos territórios investigativos e outras conexões entre filosofia, medicina e saúde, bem como o aprofundamento de suas repercussões na prática clínica e na formação dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 30 DE SETEMBRO DE 2025. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/outubro-2025/rces003_25.pdf. Acesso em: 01 jul. 2026.

____. LEI Nº 15.378, DE 6 DE ABRIL DE 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15378.htm. Acesso em: 01 jul. 2026.

BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne. **Segundo componente:** entender a pessoa como um todo, seção 1: o indivíduo e a família. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2026.

BROWN, Judith Belle et al. **Terceiro componente:** elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed: 2026.

CETRANS (org.). **Educação e Transdisciplinaridade II.** São Paulo: TRIOM/UNESCO, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pfo000129707>. Acesso em 03 jul. 2026.

CORAZZA, Sandra Mara. **Artistagens:** filosofia da diferença e educação. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Introdução: Rizoma.** In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra e Celia Pinto Costa. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011a. Vol. 1.

____. **Postulados da linguística.** In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011b. Vol. 2.

____. **Três novelas ou “o que se passou?”**. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Tradução de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012c. Vol. 3.

____. **Acerca do ritornelo.** In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Tradução de Suely Rolnik. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012a. Vol. 4.

____. **O liso e o estriado.** In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012b. Vol. 5.

FREEMAN, Thomas R.; BROWN, Judith Belle. **Segundo componente:** entender a pessoa como um todo, seção 2: o contexto. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed: 2026.

GALLO, Silvio. **Deleuze & a Educação.** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

McWHINNEY, Ian R. **A evolução do método clínico.** In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2026.

MORAES, Maria Cândida. **Transdisciplinaridade, criatividade e educação:** fundamentos ontológicos e epistemológicos. Campinas, SP: Papyrus, 2015.

SACKS, Oliver W. *The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales.* New York: Summit Books, 1985.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; FREEMAN, Thomas R. **Quarto componente:** fortalecer a relação entre a pessoa e o médico. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed: 2026.

STEWART, Moira et al. **Introdução.** In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2026a.

STEWART, Moira et al. **Primeiro componente:** explorar a saúde, a doença e a experiência da doença. In: Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2026b.