



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Mírian Santana Barbosa

**O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA NA FORMAÇÃO  
MÉDICA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE:  
APLICAÇÃO E DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO POR ESTUDANTES  
DE MEDICINA.**

BELO HORIZONTE

Julho 2017

Barbosa, Mírian Santana.  
B238m O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde [manuscrito]: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina. / Mírian Santana Barbosa. - - Belo Horizonte: 2017.  
75f.  
Orientador: Maria Mônica Freitas Ribeiro.  
Coorientador: Marcelo Grossi Araújo.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.  
1. Promoção da Saúde. 2. Educação Médica. 3. Assistência Centrada no Paciente. 4. Estudantes de Medicina. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Ribeiro, Maria Mônica Freitas. II. Araújo, Marcelo Grossi. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.  
NLM: WA 590

Mírian Santana Barbosa

**O Método Clínico Centrado na Pessoa na formação médica como ferramenta de Promoção de Saúde: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases - Cidadania, Trabalho e Ambiente: processo de conhecimento e produção da saúde a partir da atuação sobre suas determinações sociais, políticas, econômicas, culturais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Mônica Freitas Ribeiro.

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Grossi Araújo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

**Reitor:**

Jaime Arturo Ramíres

**Vice-Reitora:**

Sandra Regina Goulart Almeida

**Pró-Reitora de Pós-Graduação:**

Denise Maria Trombert de Oliveira

**Pró-Reitor de pesquisa:**

Ado Jório

**Diretor da Faculdade de Medicina:**

Tarcizo Afonso Nunes

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:**

Humberto José Alves

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Luiz Armando Cunha de Marco

**Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Selmo Geber

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Alaneir de Fátima dos Santos

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Elza Machado de Melo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Andréa Maria Silveira

Antônio Leite Alves Raddichi

Cristiane de Freitas Cunha

Efigênia Ferreira e Ferreira

Eliane Dias Gontijo

Elza Machado de Melo

Eugênia Ribeiro Valadares

Izabel Christina Friche Passos

Marcelo Grossi Araújo

Soraya Almeida Belisário

Stela Maria Aguiar Lemos

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**O Método Clínico Centrado na Pessoa na formação médica como ferramenta de Promoção de Saúde: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina.**

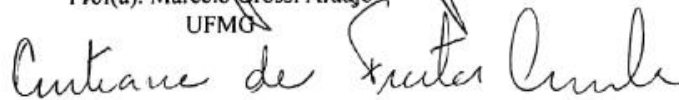
### MÍRIAN SANTANA BARBOSA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 10 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Maria Monica Freitas Ribeiro - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Marcelo Grossi Araújo  
UFMG

  
Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha  
FAcadude de Medicina/UFMG

  
Prof(a). Leonardo Cançado-Monteiro Savassi  
UFMG

Belo Horizonte, 10 de julho de 2017.

## **Dedicatória**

*Dedico este trabalho aos estudantes e futuros estudantes de medicina, especialmente àqueles que pude e posso compartilhar a alegria da docência.*

## **Agradecimentos**

Agradeço imensamente aos meus orientadores, Mônica e Marcelo, por todo o aprendizado que adquiri nesse período, pela dedicação, competência e carinho com o que fazem e que tanto me inspiraram. Às professoras Elza e Cristiane, pelo incentivo e por permitirem que esse projeto se tornasse real. Ao professor Rodrigo Pastor, quem primeiro me apresentou o método clínico centrado na pessoa, me fez despertar para sua importância, e esteve do meu lado na elaboração do projeto. Às professoras, seus alunos e aos pacientes, que por questões éticas não posso nomear, pela gentileza de aceitarem participar e tê-lo feito com tanto interesse durante todo o processo. Aos meus alunos, por quem tudo isso faz sentido. À minha irmã Laís por me entusiasmar cada vez mais no caminho da Medicina de Família e Comunidade. À tia Carla, por sempre me apoiar na pesquisa e na docência. Aos meus pais e ao Rodrigo, pelo incentivo de todo dia. Sem vocês nada disso seria possível.

Muito obrigada!

*“Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Ao reconhecer que, precisamente porque nos tornamos seres capazes de observar, de comparar, de avaliar, de escolher, de decidir, de intervir, de romper, de optar, nos fizemos seres éticos. É nesse sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade. Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.*

**Paulo Freire.**

**(Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa, 1996)**

## RESUMO

No contexto das políticas públicas de saúde do Brasil e de grande parte dos países do mundo, a Promoção de Saúde ocupa papel fundamental que serve de base teórica para o planejamento e execução de ações em saúde. Entre os aspectos essenciais da prática para a promoção da saúde estão o aumento da autoconsciência e autonomia dos indivíduos, o aprofundamento do relacionamento entre profissional e pessoa assistida, com negociação de prioridades e pactuação de metas para o cuidado, e o uso racional dos recursos em saúde. Tais aspectos perpassam por todos os princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que formam um arcabouço teórico propondo técnicas que auxiliam os profissionais de saúde, principalmente os médicos, na prática clínica. O MCCP propõe que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o coloca como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões. Porém, nota-se que ainda há uma lacuna na formação médica atual em relação ao MCCP e dificuldades de incorporação do seu ensino nos currículos dos cursos de graduação em medicina, principalmente porque as escolas ainda adotam um modelo biomédico. Este estudo teve por objetivo analisar a utilização do MCCP e suas dificuldades por estudantes de graduação em medicina, principalmente no que se refere à promoção de saúde e propõe uma estratégia para sua inserção na educação médica. A pesquisa se deu através de metodologia qualitativa, seguindo paradigma interpretativo, analisando conteúdos de áudios gravados a partir de *videofeedback* de consultas realizadas pelos estudantes. Verificou-se que os alunos têm pouco conhecimento prévio sobre o método, e que após o conhecerem, apontam que a principal dificuldade na sua utilização é a falta de familiaridade e prática. Também o reconhecem como uma ferramenta superior ao método clínico tradicional, julgam que seu ensino deveria ser explorado na graduação durante todo o curso, e propõem metodologias de ensino para sua inserção, como: a ênfase na prática, supervisão dos professores nas anamneses dos alunos, cobrança do conteúdo nas avaliações formais teóricas e práticas, adoção de um roteiro de anamnese centrado na pessoa, práticas de simulação de consultas (ou role-plays) e *videofeedback* de consultas gravadas.

Palavras chave: Medicina Centrada na Pessoa, Educação Médica, Promoção de Saúde

## **ABSTRACT**

In the context of public health policies in Brazil and in most part of the countries of the world, Health Promotion has a fundamental role that is useful as a theoretical basis for planning and execution of health actions. Among the essential aspects of practice for health promotion are building relationships, increasing individuals self knowledge, agreeing priorities and goals, the rational use of health resources, and experiencing the results. These aspects pervade all the principles of Patient Centered-Medicine, which, in addition to provide a theoretical framework, propose techniques that help health professionals - specially physicians - in clinical practice. The Patient-Centered Clinical Method (PCCM) proposes that the patient become protagonist of his own health and places it as a focus on the medical consultation and active participant in achieving priorities and decision making for care. However, there is still a gap in current medical training regarding PCCM and a challenge to incorporate its teaching in the curricula of undergraduate medical courses. This study aims to analyze the use of PCCM and its difficulties by undergraduate students in medicine, especially with regard to health promotion and propose a strategy for their inclusion in medical education. A research was conducted through descriptive qualitative methodology, following an interpretative paradigm, analyzing contents of audios recorded from videofeedback of medical appointment made by students. It was found that students have little prior knowledge about the method, and that after getting in touch with it, they point out that the main difficulty in its use is the lack of familiarity and practice. They also recognized the PCCM as a superior tool compared to the traditional clinical method, and had a perception that it should be explored throughout the medical school, and made suggestions for methodologies for its insertion, such as: an emphasis on practice, supervision of teachers in students' anamneses, content collection in the theoretical and practical formal evaluations, adoption of a person-centered anamnesis script, practice of role-plays and videofeedback of recorded consultations.

**Key words:** Patient Centered-Care, Medical Education, Health Promotion

## **Lista de abreviaturas e siglas**

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBI – Problem based interview

PPPC – Questionário de percepção do paciente sobre o quanto a consulta foi centrada no paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WONCA – Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família

## **Lista de quadros**

Quadro 1: Resultado da categorização dos dados obtidos dos áudios do <i>videofeedback</i> .....	34
Quadro 2: Sugestões apontadas pelos alunos de implementação do M CCP e habilidades de comunicação no curso de medicina .....	48

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	15
2. Objetivos .....	17
3. Metodologia .....	18
4. Revisão da literatura	
4.1 Do modelo biomédico à Medicina Centrada na Pessoa.....	22
4.2 Método Clínico Centrado na Pessoa e Promoção de Saúde.....	23
4.3 Educação Médica e Método Clínico Centrado na Pessoa .....	27
5. Resultados e Discussão	
5.1 Resgate da teoria sobre o MCCP .....	31
5.2. Utilização do MCCP e dificuldades na utilização .....	32
5.3. Início da consulta .....	35
5.4. Término da consulta .....	40
5.5. Avaliação da experiência do <i>videofeedback</i> .....	43
5.6. Avaliação geral da experiência .....	45
5.7. Sugestões para implementação na graduação .....	45
6. Considerações finais e proposições .....	50
7. Conclusões .....	53
Referências .....	55
Apêndices	
A. TCLE para professor .....	58
B. TCLE para estudantes .....	59
C. TCLE para pacientes .....	60
D. Autorização de gravação de consulta .....	61
E. Artigo publicado na Revista Médica de Minas Gerais .....	62
Anexos	
A. PPPC para pacientes .....	69
B. PPPC para professor (adaptado) .....	70
C. Aprovação do COEP.....	71
D. Versão brasileira do modelo de registro de Donnelly para o atendimento clínico centrado na pessoa .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

A promoção de saúde é base das políticas públicas em todo o mundo, constituindo-se de uma variedade de ações que visam possibilitar responder às necessidades em saúde (BRASIL, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como "o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la" (WHO, 1986, p.1). Essa definição contempla o conceito atual de saúde como sendo um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, destacando características como autonomia, subjetividade e individualidade (WHO, 2006). Tal conceito vem substituir aquele definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946 como "um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença" (WHO, 2006, p.1), muito discutido como utópico, principalmente pela dificuldade de se definir "um completo estado de bem-estar", por ser a completude inatingível pela própria condição humana (SEGRE e FERRAZ, 1997).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção à Saúde (2010) do Sistema Único de Saúde (SUS) traz a promoção da saúde como "um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro" (BRASIL, 2010, p.10), definindo os conceitos de "integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade" como diretrizes políticas (BRASIL, 2010, p.42). Esse paradigma traz a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas em saúde faça-se por meio da construção compartilhada, o que exige a participação ativa dos envolvidos na produção social de saúde, como os usuários do SUS, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2010). Nesse contexto, o médico assume papel importante na promoção de saúde das pessoas por ser figura atuante, não só nos vários cenários da assistência, mas na elaboração de políticas de saúde em vários níveis. Consequentemente sua formação deve abordar a promoção de saúde nos seus diversos parâmetros sociais, políticos, econômicos, culturais (FEUERWERKER, 2007).

Considerando o contexto do atendimento ao paciente e o aproveitamento de janelas de oportunidade para educação e promoção de saúde, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) cumpre o papel de responder a essas expectativas, ao incorporar a perspectiva do paciente e torná-lo sujeito de sua própria saúde (STEWART *et al*, 2015).

O processo de implementação do SUS trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. Nesse campo há que reconhecer a necessidade de novas ferramentas para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise (FEUERWERKER, 2007). Uma dessas ferramentas pode ser encontrada no MCCP, uma vez que busca o protagonismo dos sujeitos - médico e paciente - na cena do atendimento e enfatiza a comunicação entre eles (STEWART *et al*, 2015). A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer (DEMARZO, ANDERSON e RODRIGUES, 2006).

Mesmo com o reconhecimento atual dos resultados positivos em se adotar uma medicina centrada na pessoa, o modelo dominante na prática médica - e o que é ensinado na maioria das instituições de ensino superior, ainda é o chamado de "modelo médico convencional", que toma por princípio que a doença é totalmente explicada por desvios da norma de variáveis biológicas (somáticas) que podem ser medidas, sem deixar espaço dentro de sua estrutura para as dimensões sociais e comportamentais da doença (ENGEL, 1997 *apud* STEWART *et al*, 2010).

Por acreditar que o MCCP é uma ferramenta importante para a promoção de saúde no nível do indivíduo, este trabalho foi proposto com objetivo de avaliar se os estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) têm conhecimento do MCCP e quais são as barreiras para sua utilização quando expostos aos seus pressupostos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo primário**

Analisar as percepções de estudantes de graduação em medicina sobre a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa, principalmente no que se refere à promoção de saúde.

### **2.2 Objetivos secundários**

Realizar uma revisão da literatura atual sobre o tema Medicina Centrada na Pessoa, e suas vertentes na Promoção de Saúde e Educação Médica;

Analisar a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa e suas dificuldades por estudantes de medicina em uma consulta médica, particularmente no que se refere à promoção de saúde;

Propor uma reflexão do modo de ensino-aprendizagem da medicina e suas implicações no profissional capaz de promover saúde, utilizando-se da técnica de *videofeedback* de consultas;

Propor uma estratégia para inserção do Método Clínico Centrado na Pessoa na educação médica.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa utilizando metodologia qualitativa com análise descritiva seguindo paradigma interpretativo (POPE e MAYS, 2009). O estudo foi dividido em cinco momentos, a saber: revisão da literatura; gravação de consultas com alunos de graduação em medicina; gravação do áudio do *videofeedback* de consultas realizados com os alunos; transcrição dos áudios; e análise qualitativa dos áudios dos *videofeedbacks* de consultas.

A escolha pela pesquisa qualitativa seguindo paradigma interpretativo (ou hermenêutico) para este estudo justifica-se por ser um método que tem como meta promover o entendimento das experiências vividas que são subjetivas, intuitivas, dinâmicas, inter-relacionadas e dependentes do contexto, extraindo significado e entendimento de palavras, comportamento, ações e práticas das pessoas, além de permitir que participante e pesquisador pactuem as necessidades, os motivos e as expectativas para construir a interpretação de suas vivências (STEWART *et al*, 2010). Além disso, reconhece-se que há uma escassez de estudos qualitativos nessa área, apesar de ser considerada uma metodologia muito adequada, senão a mais indicada (STEWART *et al*, 2010).

A revisão da literatura foi realizada entre maio e setembro de 2016 nas bases de dados *Lilacs*, *Ibics*, *Cumed* e *Lis* via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Medline acessado através do PubMed. As palavras chaves usadas foram “Assistência Centrada no Paciente”, “Cuidado Centrado no Paciente”, “*Patient Centered Care*”, “*Patient-Centered Care*”, “*Atención Dirigida al Paciente*” e “Educação Médica”, “*Education, Medical*”, “*Medical Education*”, “*Educación Médica*”, “Educação de Graduação em Medicina”, “*Education, Medical, Undergraduate*”, “*Undergraduate Medical Education*”, “*Educación de Pregrado en Medicina*”. Não foi usado filtro de tempo, porém os estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2001 e 2016.

Na busca realizada na BVS foram encontrados 20 estudos, sendo 11 deles selecionados para leitura através dos resumos por se adequarem ao tema; e na busca realizada no PubMed foram encontrados 704 artigos, dos quais 209 têm o texto completo disponível gratuitamente para leitura em inglês, português ou espanhol. Destes, 27 foram selecionados através da leitura dos títulos por se adequarem ao tema. Depois da leitura de todos os artigos, 19 foram selecionados para entrar no presente estudo, usando-se como critérios: qualidade do artigo e relevância para a revisão. Além disso, foram utilizadas outras fontes, como livros e dissertações.

O projeto de pesquisa foi apresentado para os professores da disciplina de Clínica Médica IV, do sétimo período da graduação em medicina da UFMG. A escolha do sétimo período se deveu ao fato de o estudante já ter cursado três períodos de clínica médica, com foco em Semiologia Médica. É um momento em que o estudante já tem mais autonomia para conduzir a consulta, sendo capaz de realizar a entrevista e o exame físico. Conta com a supervisão de um professor, que atende aos estudantes em três consultórios, de modo que o estudante normalmente realiza a entrevista sem a presença do professor durante todo o tempo. Além disso, o cenário de prática é a Unidade Básica de Saúde. Para a pesquisa foi definida a avaliação da entrevista médica, desde o seu início até a conclusão da consulta e o exame físico não foi objeto deste estudo.

A seleção da amostra foi por conveniência, com base no interesse tanto do professor quanto dos alunos e na disponibilidade de horário da pesquisadora. Assim, foi escolhida uma turma de dez alunos, dentre as dezesseis turmas da disciplina, para participar do estudo. O professor e os estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para professor (Apêndice A) e estudantes (Apêndice B), respectivamente.

Todo o trabalho de campo foi realizado em um semestre letivo, de agosto a novembro de 2016. Em um primeiro momento foram apresentados para a turma os objetivos e métodos do estudo, e disponibilizado um texto para leitura com o tema “Método Clínico Centrado na Pessoa”. Na semana seguinte realizou-se um encontro de capacitação dos alunos, no qual houve discussão do texto e uma apresentação expositiva sobre o assunto, totalizando duas horas de duração, com objetivo de contextualizar a temática da pesquisa e garantir um mínimo de conhecimento teórico aos estudantes, homogeneizando a amostra.

Na sequência foram gravadas consultas ambulatoriais realizadas por seis alunos desta turma, de maneira que foram todas primeiras consultas (primeiro contato daquele paciente com aquele estudante). As gravações foram realizadas em áudio e vídeo na íntegra, com exceção apenas das imagens relativas ao exame físico. Para gravação, houve a concordância do paciente em participar da pesquisa, bem como a assinatura do TCLE (Apêndice C) e do Termo de Autorização para Gravação da Consulta (Apêndice D). Apenas pacientes adultos, maiores de 18 anos, e com autonomia preservada foram convidados a participar.

Ao final de cada atendimento foi aplicado aos pacientes o "Questionário de percepção do paciente sobre o quanto a consulta foi centrada no paciente (PPPC)" proposto

por Stewart (2010) e validado no Brasil por Kolling e Harzheim (2012) (Anexo A), e o “Questionário de percepção do professor sobre o quanto a consulta foi centrada no paciente – PPPC modificado” (Anexo B), com a finalidade de ser mais um elemento para discussão durante o *feedback* das consultas. A aplicação desse questionário foi feita por um dos alunos da turma, que não participou da consulta.

A etapa seguinte, que foi gravada em áudio, as filmagens das consultas foram assistidas e comentadas pela pesquisadora e pelo aluno que conduziu a consulta. A metodologia de análise das consultas gravadas foi inspirada no *feedback* de vídeogravação ou *videofeedback* intitulado como *Problem Based Interview* (PBI). Trata-se de uma ferramenta de treinamento de habilidades de comunicação ao analisar consultas médicas gravadas em vídeo. A vídeogravação com *feedback* em grupo foi apontado por Maguire, Fairbairn e Fletcher (1986), e posteriormente por Kurtz e colaboradores (2013) como ‘padrão-ouro’ no ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação clínica. Numa meta-análise realizada por Fukkink, Trienekens e Kramer (2011) foi evidenciado que esta metodologia foi a que teve melhor efeito, estatisticamente comprovado, dentre vários treinamentos de habilidades de comunicação. Entre as vantagens do método, destacam-se: aumento da capacidade reflexiva dos atendimentos clínicos, melhora na gestão do tempo, conhecimento das próprias emoções, melhora da relação médico-paciente, além de possibilitar se ver e se ouvir, sendo apontado como uma das mais eficazes maneiras de provocar mudanças da prática clínica (KURTZ, SILVERMAN E DRAPER, 2013).

Para o *videofeedback* em questão foram feitos, pela pesquisadora, disparadores de conversa introduzidos de forma dinâmica, em que pretendeu-se conduzir um assunto relacionado às percepções da consulta gravada, sem induzir respostas. Priorizou-se os elementos relacionados com a Promoção de Saúde, tais como a exploração do adoecimento do sujeito (contemplando a subjetividade da doença ou sintoma relatado), e a decisão compartilhada. Tais questões estão mais presentes no início da consulta – identificando e priorizando junto com o paciente os problemas, abordando os aspectos do adoecimento – e também ao final da consulta, na elaboração de plano conjunto de manejo. Tentou-se explorar conteúdos que abordaram, por exemplo, autonomia, busca por uma melhor qualidade de vida, autoconhecimento, preocupação consciente com o corpo, grau de entendimento das orientações médicas, coparticipação nas condutas terapêuticas, concordância das partes no seguimento do caso, relações interpessoais, satisfação pessoal, dificuldades na comunicação médica, desempenho na compreensão do caso. Cada aluno foi estimulado, ao final do

*feedback*, a colocar sua impressão sobre o mesmo como técnica de aprendizagem e discorrer sobre a possibilidade de ensino do método na graduação do curso, incluindo sugestões de como isso poderia ser feito.

O objeto de estudo foram os áudios dos *videofeedbacks* realizados com os seis alunos, sendo os resultados relatados aqui referentes aos dados obtidos através da análise destes áudios. Foi feita a transcrição das falas coletadas, imersão nos conteúdos e atenção no processo conversacional de cada aluno, tematização sequencial das conversas e construção de sínteses temáticas. Para efeito de análise, foram estabelecidas categorias, a partir do processo ativo de aproximação da pesquisadora com o material coletado e utilizando-se a análise de conteúdo.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) com registro CAAE 54440916.4.0000.5149 (Anexo C).

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Do modelo biomédico à Medicina Centrada na Pessoa

Desde a introdução do método clínico, a medicina se fundamentou no estudo das doenças e seus processos diagnósticos, em detrimento da pessoa que sofre o padecimento. Padrões sintomáticos que se repetem, constituindo um desvio do que se considera normal, são classificados como doença, e assim são tratadas igualmente, independente do processo do adoecer do indivíduo (FERREIRA *et al*, 2014). Sendo assim, o modelo de consulta ou método clínico ainda dominante na prática médica na atualidade - e o que é ensinado na maioria das instituições de ensino médico - é chamado de "modelo médico convencional" ou "modelo biomédico" (STEWART *et al*, 2010). Ele se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do paciente e tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas (BALLESTER *et al*, 2010). Para Ribeiro e Amaral (2008), trata-se de

[...] um modelo curativo, e embora a cura seja um objetivo apropriado para a medicina, ele é incompleto, pois não considera a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e lesões, restauração de capacidade funcional, prevenção de morte prematura, alívio de sofrimento e o cuidado com aqueles que não podem ser curados. (RIBEIRO E AMARAL, 2008, p.92)

Para Ballester e colaboradores (2010), além de ser um método clínico centrado na doença, pode-se dizer que este modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, ao lhe conferir posição de grande autoridade e poder. O médico desempenha um papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico. Em seguida chega a uma conclusão ou diagnóstico e expõe para o paciente sua proposta terapêutica. Observa-se que o modelo não inclui a perspectiva do paciente em sua experiência de adoecer, suas impressões sobre o problema e expectativas a respeito de como o problema será abordado, além de não trazer à tona as repercussões das condutas na rotina de vida e no contexto social da pessoa. A não participação do paciente na abordagem do seu problema ou na definição do plano terapêutico enfatiza a posição do médico em um lugar de saber superior e autoritário, quase que automático na clínica (BALLESTER *et al*, 2010). Pesquisas mostram falhas nesse modelo, principalmente insatisfação dos pacientes (BALLESTER *et al*, 2010) e falta de seguimento da orientação terapêutica, ou baixa adesão do paciente ao tratamento proposto (HAYNES, McKIBBON, KANANI, 1996).

A hegemonia deste método clínico fez emergir críticas e insatisfações, tanto à real eficácia em satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, quanto em promover a satisfação dos próprios médicos com seu trabalho (FERREIRA *et al*, 2014). Um dos primeiros a explorar este assunto foi o médico e psicanalista húngaro Michael Balint em “*The Doctor, His Patient and the Illness*” (O médico, seu paciente e a doença) de 1957 (PENDLETON *et al*, 2003). No final da década de 60 seu grupo de estudo introduziu o termo "medicina centrada no paciente" (BALINT, 1969; BALINT, 1970 *apud* STEWART *et al*, 2010) que o definiu em oposição ao termo "medicina centrada na doença", incorporando ao saber médico questões do paciente, tais como sua família, o ambiente, o contexto de vida, as expectativas, as percepções das relações, a construção de um vínculo, a autoconsciência do médico, técnicas de comunicação, as lacunas da escuta e da relação médico-pessoa (STEWART *et al*, 2010). A partir daí um método clínico substitutivo foi sendo desenvolvido por vários pesquisadores em todo o mundo, destacando-se as equipes de Stewart (de Ontário, Canadá), Pendleton (de Oxford, Inglaterra) e um grupo comum das Universidades de Calgary (Canadá) e Cambridge (Inglaterra). Todo esse movimento culminou, ao final da década de 1980, com uma proposta de mudança na abordagem médica com uma conformação denominada “Medicina Centrada na Pessoa”, definida como:

[...] um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde. (FERREIRA *et al*, 2014, p.285)

#### **4.2 Método Clínico Centrado na Pessoa e Promoção de Saúde**

Pendleton e colaboradores publicaram a primeira versão de seu livro em 1984, denominado “*The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*”, sendo a mais nova versão de 2006, “*The new consultation: developing doctor-patient communication*” (BALLESTER, 2010). Ele destaca que

é importante reconhecer que a presença de manifestação corporal não motiva necessariamente o indivíduo a buscar atendimento médico, isto ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito. (BALLESTER *et al*, 2010, p.600).

Para este autor é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa para a consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia (PENDLETON *et al*, 2003).

Silverman e colaboradores (2013), propõem pela primeira vez em 2003 o “*Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*”, um guia que sugere um modelo de consulta com etapas a cumprir e técnicas objetivas e específicas de como iniciar a sessão, obter a informação, construir um planejamento comum e finalizar a consulta. Devem estar claros os motivos ou razões para a consulta e a partir da exploração das principais preocupações do paciente e do médico, são negociadas as prioridades e estabelecida uma ‘agenda’, termo utilizado para se referir às tarefas conjuntas acordadas entre ambos para aquela consulta e para o seguimento do cuidado (SILVERMAN, KURTZ e DRAPER, 2013). Algumas das técnicas abordadas incluem os momentos adequados para uso de perguntas abertas ou direcionadas, e de linguagem verbal ou não verbal, sumarizações, parafraseamentos, e a busca de informações sem interromper o paciente (KURTZ, SILVERMAN e DRAPER, 2013).

Stewart e colaboradores propõem o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) através da publicação do livro “*Patient centered medicine — transforming the clinical method*” no ano de 1995 e que teve sua última atualização em 2015. Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta tanto a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; quanto a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; além da integração entre as duas perspectivas (STEWART *et al*, 2015). Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: 1 - Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença, 2 - Entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto), 3 – Encontrando um terreno comum, 4 - Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico (STEWART *et al*, 2015).

Para o primeiro componente é imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. A doença é uma construção teórica feita a partir de observações objetivas que tentam explicar o problema, enquanto o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo (STEWART *et al*, 2015). A doença e o adoecimento nem sempre coexistem, por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas, como a hipertensão, nem sempre se sentem doentes, e pessoas entristecidas podem se sentir doentes, mas não têm nenhuma doença. Para Stewart *et al* (2015), ao abordar o adoecimento deve-se incluir na consulta a investigação de quatro principais aspectos (que podem ser lembrados com o mnemônico SIFE – sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas): os sentimentos do paciente diante da doença – tranquilidade, tristeza, raiva, culpa, medo; suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; as implicações em

sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; e suas expectativas - em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico. As pessoas em geral já formularam uma hipótese sobre seu problema antes de consultar o médico. Escutá-las sobre isso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajuda na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, além do paciente se sentir ouvido e assim estreitar a relação médico-pessoa (STEWART *et al*, 2015).

No segundo componente o médico deve buscar uma compreensão integral de seu paciente. Isso inclui identificar o ciclo de vida em que se encontra, entender sua história de saúde pregressa (como o uso de medicamentos, comorbidades, internações, cirurgias), hábitos de vida (sua rotina, alimentação, sono, atividade física, tabagismo, etilismo), ocupação (funções desempenhadas, carga horária), religião ou crença espiritual, lazer ou atividades que lhe conferem prazer; além de suas relações interpessoais, amorosas, filhos, no trabalho (STEWART *et al*, 2015). É importante também o entendimento do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente (rural, urbano, condições geográficas específicas, acesso a equipamentos sociais e de saúde), condições de moradia, com quem mora e o contexto social, dinâmica familiar, os costumes locais, e momento econômico. Deve-se tentar entender o que estar saudável ou estar doente significam para a pessoa, e para isso contemplar, no atendimento, seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes. Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho de entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica (STEWART *et al*, 2015). Kasuya e Sakai (2013) sugerem que médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais, podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes, e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças. Nesse contexto, o conceito de ‘competência cultural’ se mostra com especial importância ao propor a diminuição do abismo cultural entre o médico e a pessoa atendida (LANDSBERG, CLABER e PEREIRA, 2012). Esse conceito envolve a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde de cada sujeito. Landsberg, Claber e Pereira (2012) consideram que, partindo da competência cultural como característica desejável do cuidado e que sua prática é passível de aprendizado, o MCCP adquire papel central, pois desenvolve técnicas que possibilitam a aquisição desse conhecimento.

O terceiro componente do MCCP propõe que médico e paciente encontrem um ‘terreno comum’, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades da consulta, as metas do cuidado, e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos (STEWART *et al*, 2015). A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo (DEL RIO-LANZA *et al*, 2016). Fornecer informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados esperados relevantes, e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto, constitui uma estratégia de tomada de decisão compartilhada (GIGUERE *et al*, 2014). Estudo de del Rio-Lanza *et al* (2016) mostrou que as variáveis ‘prestação de informações’ e ‘escuta atenta’ determinam eficácia e proatividade na consulta médica, ou seja, são habilidades que incentivam os pacientes a não subestimarem seus conhecimentos e experiências pessoais, e os implicam em um comportamento ativo no seu tratamento, tornando-o assim mais eficaz, principalmente quando se trata de orientações relacionadas a mudanças de hábitos de vida. Entre os motivos que fazem com que médicos não usem essas estratégias, o principal é a ausência de reconhecimento de que isso seja importante na assistência à saúde de seus pacientes, pois entendem que a indicação do tratamento e demais condutas devem partir apenas do conhecimento médico (DEL RIO-LANZA *et al*, 2016).

No quarto componente Stewart *et al* (2015) aponta para a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contratransferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico (STEWART *et al*, 2015). Por muito tempo, seguindo o método clínico tradicional, os estudantes de medicina foram ensinados a “não se envolver”, pois acreditava-se que a distância protegia de emoções negativas (STEWART *et al*, 2010). Estudos mais recentes mostram que não há como não ser afetado de alguma forma pelo encontro com o sofrimento do outro, mesmo quando o caminho seguido é a evitação ou negação e, pelo contrário, a falta de abertura e o distanciamento nas relações resultam em maiores angústias e frustrações para o médico (STEWART *et al*, 2010).

Em suas edições anteriores, o método clínico proposto por Stewart e colaboradores contava com mais dois componentes que sugeriam um momento de “Incorporar a prevenção e promoção de saúde” do paciente na consulta, e um momento de pensar na

viabilidade das propostas em relação a custo e tempo, denominado por ela de “Sendo realista”. O primeiro foi incluído em todos os outros atuais componentes, e o segundo foi considerado inerente à consulta e ao contexto da relação médico-pessoa, e não de maneira isolada. Na última edição ainda foi dada ênfase ao primeiro componente que antes era descrito como “Explorando a doença e a experiência da doença”, e passou a se chamar “Explorando a saúde, a doença, e a experiência da doença”. Acredita-se que esse novo formato qualifique didaticamente o ensino do método.

Atualmente um arcabouço científico tem mostrado cada vez mais as vantagens na utilização do MCCP, incluindo informações claras fornecidas à pessoa, metas estabelecidas de comum acordo, papel ativo da pessoa - para fazer perguntas, obter respostas, e tomar decisões sobre o tratamento (STEWART *et al*, 2010). Melhores desfechos também foram identificados quando há aumento do engajamento e parceria do paciente e da família em suas experiências de cuidados em saúde (DIGIOIA e GREENHOUSE, 2016). A pesquisa de Haynes, McKibbon, Kanani (1996) mostra que explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si só, não garantem seguimento da orientação terapêutica, e Lassen (2001) demonstra que a exploração das ideias e expectativas do paciente, explicações a respeito das orientações e a verificação do ponto de vista do paciente, se associam ao aumento da adesão ao tratamento. Em um estudo de Stewart (1995) foi demonstrado que o compartilhamento das decisões foi associado positivamente a resultados de longo prazo da consulta centrada na pessoa, sendo que em 76% dos casos avaliados houve melhora da saúde global do paciente.

Considerando que promoção de saúde pode ser entendida como proatividade da pessoa em relação à sua própria saúde (BRASIL, 2010), ao colocar o paciente em um papel ativo na consulta, buscando suas peculiaridades enquanto sujeito e se responsabilizando pelo seu cuidado, está se promovendo saúde (BALLESTER *et al*, 2010).

#### **4.3 Educação Médica e MCCP**

Verifica-se que o modelo biomédico e seus pressupostos tendem a definir estruturalmente os centros acadêmicos sendo dominante no que é ensinado ao graduando em medicina (RIBEIRO e AMARAL, 2008). Ribeiro e Amaral (2008) enfatizam que, como este modelo tem como referencial a doença, os estudantes apresentam dificuldades em lidar com

pessoas que não têm doenças orgânicas claras ou que têm sintomas inespecíficos. colocando à prova a competência do estudante em subjetivar ou abordar o ser humano em sua complexidade.

A disseminação da medicina centrada na pessoa e a crescente demanda pela qualidade do cuidado têm colocado em xeque a formação médica em todo o mundo (ROSSIGNOL, 2015). Seguindo diversas recomendações internacionais, o modelo biomédico tradicional vem sendo substituído gradativamente pelo ensino do MCCP, apoiado no atendimento médico do indivíduo de forma integral e na premissa de que comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas (YEDIDIA *et al* ,2003). É recomendado que os programas de ensino médico incluam formação interdisciplinar que permita uma compreensão da maneira pela qual as pessoas de diversas culturas e crenças percebem a saúde e a doença (KASUYA e SAKAI, 2013). Estudo da Universidade de Michigan (PARENT *et al*, 2016) mostrou que a incorporação de disciplinas, na graduação em medicina, voltadas para o aprendizado da medicina centrada na pessoa melhorou o atendimento dos pacientes na percepção dos próprios pacientes. Em relação aos alunos, 94% afirmaram que aumentaram sua compreensão dos desafios individuais da doença e do adoecimento e no reconhecimento do valor da parceria dos profissionais de saúde com pacientes e familiares (PARENT *et al*, 2016). Paradise *et al* (2011) e Gallentine *et al* (2014) concluíram que percepções dos estudantes sobre as propostas de ensino da medicina centrada na pessoa são positivas, principalmente no que diz respeito ao entendimento da experiência do processo de adoecer e à melhoria da qualidade da comunicação médico-paciente. Estudo de Rossignol (2015), nos Estados Unidos, mostrou que habilidades de comunicação pautadas no MCCP podem ser adquiridas por estudantes de medicina que forem treinados em sua formação, inclusive já estão consolidadas ferramentas quantitativas e qualitativas eficazes para se avaliar o aprendizado do estudante em tais habilidades (WILKERSON *et al*, 2010) e também um modelo de registro da consulta centrado na pessoa que auxilia no ensino do método ao propor um instrumento substitutivo ao modelo de registro tradicional (FRANÇA, 2015). Shah e colaboradores (2016) mostraram que um programa de treinamento longitudinal de habilidades de comunicação, abrangendo várias disciplinas em diversos períodos de um currículo de graduação em medicina, gera um impacto positivo nas habilidades de consulta dos alunos, no que se refere a melhor entendimento do problema e melhor desempenho clínico.

A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer (DEMARZO, ANDERSON e RODRIGUES, 2006).

No Brasil, o processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. A formação médica realizada em cenários de prática diversos, incluindo as Unidades Básicas de Saúde, onde, diferentemente do hospital, o modelo biomédico nem sempre se aplica de forma adequada e onde as atividades de educação e promoção de saúde no nível individual ou familiar são de grande importância, vão exigir dos estudantes outras ferramentas para a abordagem adequada da pessoa.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina estipulam o perfil do egresso em medicina:

[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p.1)

As mesmas Diretrizes pontuam que o projeto pedagógico do curso de graduação em medicina deve contribuir para a compreensão e difusão das culturas, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade. Feuerwerker (2007) coloca que nesse campo há que reconhecer a necessidade de novas 'caixas de ferramentas' para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise. Uma dessas 'caixas de ferramentas' pode ser encontrada no MCCP, uma vez que busca o protagonismo dos sujeitos - médico e paciente - na cena do atendimento e enfatiza a comunicação entre eles.

Interessantes estudos mostram que alunos de medicina perdem habilidades de empatia e ética ao longo do curso, como o estudo de Lind (2000) na Alemanha, que concluiu que os estudantes de medicina apresentaram um retrocesso em sua competência para o julgamento moral, ao contrário de estudantes universitários de outros cursos, que apresentaram um notável aumento nessa competência. O ensino de habilidades técnicas e científicas em detrimento da valorização dos aspectos éticos e humanos nas escolas médicas foi considerado o responsável por esse fato (RIBEIRO e AMARAL, 2008). Um estudo de

coorte realizado pela Universidade de Calgary, no Canadá, verificou que a medida que os alunos progredem na faculdade de medicina, suas pontuações de atitude, como comunicação e ética, diminuem. As razões para tais mudanças não são claras, mas podem se relacionar a perda de idealismo e o impacto do currículo não intencional (WOLOSCHUK, HARASYM, TEMPLE, 2004).

Boudreau, Cassel e Fucks (2007) ressaltam que, para formar médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do modelo centrado na pessoa, é essencial que, desde o início da graduação, uma perspectiva indissociável entre doença e o adoecimento seja construída com os alunos. No entanto, esse cenário configura um desafio, pois requer integração e interrelação de todos os departamentos e disciplinas para a implantação de estratégias de ensino efetivas e inovadoras, ou seja, pressupõe uma mudança estrutural profunda das escolas médicas, que, muitas vezes, se encontram numa realidade engessada pela organização flexneriana (BALLESTER *et al*, 2010).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do processo ativo de aproximação da pesquisadora com o material coletado nos áudios do *videofeedback* e utilizando-se a análise de conteúdo foram estabelecidas as seguintes categorias para nortear a discussão: 1 - Resgate da teoria sobre o MCCP, 2 - Utilização do MCCP e dificuldades na utilização, 3 - Início da consulta, 4 - Término da consulta, 5 – Avaliação da experiência de *videofeedback*, 6 – Avaliação geral da experiência, e 7 – Sugestões de implementação do MCCP na graduação.

### 5.1 Resgate da teoria sobre o MCCP

No início do *videofeedback*, tentou-se resgatar da memória dos alunos a teoria acerca do Método Clínico Centrado na Pessoa, incluindo o conteúdo trabalhado no grupo de discussão que fez parte da metodologia da pesquisa. Neste momento, quatro alunos trouxeram o entendimento mais amplo do sujeito proporcionado pelo MCCP, e que inclui, além da exploração da doença, a exploração do adoecimento.

*“Uma diferença entre o MCCP e o método tradicional é que o primeiro abre o leque para um entendimento do paciente como um todo, enquanto o segundo tem foco mais voltado pra doença. Também inclui a percepção do paciente sobre a doença, como aquilo afeta a vida dele, não só os sintomas físicos” (Aluno 1).*

*“A gente tem que prestar mais atenção no paciente, no que ele pensa sobre o que ele tem, nos sentimentos que ele tem em relação à doença que ele tem, se ele compreende a doença e os sintomas, se a doença tá atrapalhando alguma coisa na vida dele, e também a expectativa que ele tem em relação ao problema, se vai melhorar, se tem como tratar, se tem como curar” (Aluno 2).*

Três alunos lembraram da negociação de agenda, identificando os motivos da consulta no seu início, e definindo prioridades junto com o paciente.

*“Lembro que no início da consulta a gente deve ficar perguntando ‘o que mais, o que mais, o que mais’, pra esgotar tudo que o paciente tinha pra falar, depois fazer uma lista dos problemas e ver o que ia abordar naquela consulta dando uma prioridade” (Aluno 3).*

*“O método valoriza muito a fala, o paciente fica com a fala mais livre para falar o que ele sente, qual é sua intenção com a consulta, como gostaria que funcionasse o acompanhamento” (Aluno 4).*

*“Deve-se definir prioridades para a consulta junto com o paciente” (Aluno 5).*

Dois alunos deram destaque à decisão compartilhada proposta pelo método, sendo uma maneira de dar autonomia ao paciente enquanto sujeito de sua saúde.

*“Isso [a decisão compartilhada] é muito diferente do método tradicional, em que a gente vê o sintoma, descobre o que é aquele sintoma e trata aquele sintoma. Isso pode atrapalhar no diagnóstico, mas principalmente em conduta, a gente só fala, fala, fala e dá um papel, o paciente nem teve espaço pra falar o que ele pensa daquilo, e a consequência disso é a baixa adesão ao tratamento, que a gente sempre acha que é culpa do paciente mas a culpa é nossa” (Aluno 2).*

*“É um método que dá mais poder de decisão ao paciente, ele deixa de ser submisso ao médico e participa de uma decisão compartilhada das coisas a serem feitas” (Aluno 4).*

Os comentários acima reforçam tanto o reconhecimento da relação entre decisão compartilhada e aumento de adesão terapêutica, quanto a discussão acerca da inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica como um desafio da formação do médico, trazida anteriormente por Ballester *et al* (2010).

Um dos alunos (Aluno 6) não resgatou nenhuma informação sobre o MCCP em relação ao modelo tradicional, e aponta como motivo o espaço de tempo da leitura do texto e o não contato com o assunto após a discussão feita no início do semestre. Pode-se associar essa observação a estratégia pedagógica adotada, que apesar de ter instigado uma participação ativa do estudante no processo de aprendizagem (ao propor a leitura de um texto e discutí-lo em grupo), a maior parte da capacitação consistiu de metodologia expositiva, que pode ser apontada como insuficiente para a assimilação de conteúdo.

## **5.2 Utilização do MCCP e dificuldades na utilização**

Dos seis alunos participantes, quatro afirmaram ter tentado aplicar o MCCP nas consultas gravadas, e dois afirmam não terem tentado aplicar, utilizando o método tradicional.

Todos os alunos apontaram como principal dificuldade de utilização do método a falta de treinamento.

*“Fiquei com medo de usar o MCCP por falta de treino” (Aluno 3).*

*“A maior dificuldade é que quando você está no meio de um processo de automatizar algo aprendido, você introduzir outro método. Pra mim foi mais natural fazer o tradicional porque é o que a gente usa todo dia, e é o que é cobrado” (Aluno 6).*

*“A maior dificuldade é a prática mesmo...” (Aluno 2).*

*“A paciente falava muito, por falta de treino eu não soube dosar a utilização do método até onde eu deveria deixar livre a fala dela e quando eu deveria interromper” (Aluno 4).*

*“Achei muito difícil tentar incorporar o método, mas com treino pode ficar melhor” (Aluno 1).*

Um dos alunos trouxe a intimidação da gravação como dificuldade para aplicação do MCCP na consulta. Esta foi uma questão prevista no momento de elaboração do projeto de pesquisa como sendo um risco, pois apesar da presença do professor ser inerente ao ensino médico uma vez que o estudante não pode se responsabilizar legalmente pela consulta, considerou-se que a presença de um observador/avaliador externo ou o conhecimento de estar sendo gravado poderia causar constrangimento ao estudante e ao paciente.

*“Fiquei meio perdida, quando começou a gravar não sabia o que fazer” (Aluno 3).*

Surgiu uma falsa impressão sobre o tempo de consulta na reflexão sobre as dificuldades da utilização do MCCP. Ao estudar a teoria, os alunos tiveram a falsa premissa de que consultas centradas na pessoa demoram mais tempo em relação as que seguem o modelo tradicional. Isso se deve a ideia de que abordar a subjetividade ligada aos sintomas, alonga a entrevista. Em contrapartida, evidências trazidas por várias pesquisas em todo o mundo corroboram para desmistificação da crença de que a utilização do método centrado na pessoa resulta em consultas mais demoradas. Estudos comparativos com consultas centradas na pessoa versus consultas em que o MCCP não foi utilizado, concluem que não há diferença

na duração do tempo de consulta entre os dois grupos (STEWART *et al*, 2010). Consultas na Atenção Primária, por exemplo, duram de 5 (no Reino Unido) a 21 minutos (na Suécia), sendo a média mundial estimada de 17 minutos (STEWART *et al*, 2010). Soma-se a isso o conceito de longitudinalidade do cuidado, ou seja, a medicina centrada na pessoa entende que o médico e seu paciente terão maiores chances de responder aos diversos e complexos problemas ao longo de um período continuado de tempo, em detrimento do desejo de resolver todos em apenas uma consulta. E uma das maneiras disso ser atingido é através da negociação de prioridades entre médico e paciente, sendo o tempo um dos recursos a ser manejado por ambos (STEWART *et al*, 2010).

*“Comecei a consulta tentando usar o método, mas depois fiquei com medo de não dar tempo, a paciente tava com pressa e achei que se eu fosse usar esse método eu ia ficar meio perdida” (Aluno 3).*

*“Eu acho que o MCCP pode ser melhor, mas eu fico com medo de prolongar demais a consulta, a gente não tem essa agilidade “ (Aluno 1).*

*“Se eu fosse aplicar em todas as consultas eu acho que eu teria muita dificuldade em tempo de atendimento” (Aluno 4).*

Outra falsa impressão trazida por um aluno é de que o MCCP só é aplicável por clínicos, médicos da família ou generalistas, verificado na fala: *“Gostei da experiência e me deu vontade de aprender mais sobre o assunto. Agora vou pras disciplinas de especialidades, gastro e endócrino, então não vou ter como aplicar lá” (Aluno 5).*

Essa ideia se opõe aos achados de Shah *et al* (2016) e Demarzo, Anderson e Rodrigues (2006) que mostram que o MCCP pode e deve ser praticado ao longo de todo o curso de medicina, nas várias disciplinas clínicas, e se mostra um método importante para o estudante, independente da especialidade escolhida para exercer no futuro.

O quadro abaixo (Quadro 1) resume os dados obtidos sobre o entendimento da teoria, tentativa e real aplicação do MCCP, e dificuldades supostas ou encontradas na utilização do método pelos alunos. Nota-se que nenhum dos alunos afirmou ter tentado incorporar a decisão compartilhada do cuidado na consulta e efetivamente nenhum deles fez real aplicação deste elemento. Outro ponto que chama a atenção é o fato de que, mesmo afirmando ter tentado aplicar técnicas negociação da agenda e de abordagem do adoecimento, alguns alunos não apresentaram tais utilizações nas consultas.

**Quadro 1: Resultado da categorização dos dados obtidos a partir dos áudios do videofeedback.**

Alunos:		1	2	3	4	5	6
Recordação da teoria	Negociação de prioridades			X	X	X	
	Exploração do adoecimento	X	X	X		X	
	Decisão compartilhada		X		X		
Tentativa de aplicação	Negociação de prioridades		X			X	
	Exploração do adoecimento	X	X	X			
	Decisão compartilhada						
Real aplicação	Negociação de prioridades		X		X		
	Exploração do adoecimento					X	X
	Decisão compartilhada						
Dificuldades na utilização	Falta de conhecimento		X				
	Falta de treinamento	X	X	X	X	X	X
	Tempo de consulta	X		X	X		
	Intimidação da gravação			X			

### 5.3 Início da consulta

#### Cabeçalho

Um dos alunos julga como importante fazer o cabeçalho de identificação completo ao iniciar a consulta, pois “*são informações importantes para conhecer melhor o paciente*” (Aluno 2). Outro aluno identifica uma estranheza na coleta de informações do cabeçalho, mas não sugere uma possibilidade de mudança:

*“A parte de conferir dados de cabeçalho ficou meio estranho, porque fica assim, ‘espera um pouco que vou aqui conferir meus dados’. Mas acho que não tem jeito, tem que ser assim”* (Aluno 3).

O início da consulta pela coleta dos dados de identificação reflete o treinamento recebido utilizando o método clínico tradicional, como proposto por Bicley (2015) e Porto (2005).

Os demais alunos reconhecem que seria adequado coletar dados como ocupação, estado civil, religião, ao longo da consulta em detrimento de fazê-lo no primeiro momento de contato com o paciente.

Como já descrito, Stewart *et al* (2015) no segundo componente do MCCP, escreve que o médico deve buscar uma compreensão integral de seu paciente. Neste momento deve-se buscar conhecer o paciente em sua história pessoal e no seu contexto, seja ele de trabalho, família e comunidade em que vive. Os dados colocados como identificação no método clínico tradicional serão obtidos de maneira mais espontânea e fidedigna, uma vez que estarão contextualizados no diálogo entre o médico e a pessoa.

### **Pergunta inicial**

Em relação ao início da consulta, nota-se que alguns alunos utilizaram uma pergunta aberta para identificar o motivo da consulta: *“Perguntei ‘porque você veio procurar o médico?’ É a que eu sempre faço, não imagino nenhuma outra melhor”* (Aluno 3); *“Achei adequado e dentro do método, fiz uma pergunta aberta e deixei o paciente falar livremente sem interromper”* (Aluno 5). Outros retomaram a consulta anterior e partiram para perguntas que faziam alusão às últimas orientações dadas, um deles achou essa introdução adequada, outro reconheceu não ser a melhor maneira:

*“Não acho que uma pergunta aberta faria diferença porque o motivo da consulta foi ver o resultado dos exames”* (Aluno 1).

*“No final da consulta a paciente trouxe uma demanda que não havia sido sinalizada anteriormente, acho que isso poderia ter sido evitado fazendo uma pergunta aberta no início da consulta”* (Aluno 2).

O MCCP teoriza que mesmo em consultas com objetivos já previamente estabelecidos, é recomendado que o médico inicie a sessão com uma pergunta aberta (como “Qual o motivo da consulta?”), nem que seja para que o paciente confirme o suposto pelo médico, mas é o paciente quem deve defini-lo (SILVERMAN, KURTZ, e DRAPER, 2013). É comum que em consultas de retorno o estudante retome os registros das consultas anteriores e inicie a consulta partindo dos acordos ou tratamentos estabelecidos nelas, o que não configura uma atitude apropriada (SILVERMAN, KURTZ, e DRAPER, 2013). Ainda assim, o comportamento dos alunos descritos acima não seria o esperado, pois mesmo os livros tradicionais de semiologia e os roteiros de anamnese adotados na Faculdade de Medicina

recomendam iniciar a consulta sempre com perguntas abertas (BICLEY, 2015; PORTO, 2005).

### **Definição de prioridades**

A maior parte os alunos iniciaram imediatamente a exploração do sintoma logo depois que os pacientes trouxeram a primeira queixa. Apenas dois deles investigaram se havia mais motivos de consulta no início da entrevista:

*“Pensei assim, ‘deixa eu destrinchar isso aqui antes porque se eu for entrar em outro assunto eu vou me perder’” (Aluno 3).*

*“Acho que no começo da consulta eu tentei usar o método, perguntando esse ‘e o que mais?’” (Aluno 2).*

*“Ela tinha muitas queixas e eu perguntei o que ela priorizaria nessa consulta, se ela queria olhar tudo mesmo ou dar prioridade pra alguma coisa” (Aluno 5).*

Interrupções nas falas dos pacientes são descritas como uma perda potencial de informações relevantes, além de contribuir negativamente para a construção da transferência. No estudo de Beckman (1984) em 69% das consultas analisadas o médico interrompeu a fala inicial do paciente e dirigiu questões para uma preocupação específica. Eles concluíram que os médicos desempenham um papel ativo na regulação da quantidade de informações induzidas no início do encontro clínico e utilizam questionamentos fechados para controlar o discurso, tendo como conseqüência deste estilo controlado a interrupção prematura dos pacientes.

Observa-se também que os próprios alunos foram quem definiram as prioridades de abordagem, tanto negligenciando assuntos que os pacientes trouxeram porque não julgaram importante, quanto investigando problemas que os pacientes apontaram não ser prioridade naquele momento. Apenas um deles questionou ao paciente sobre a prioridade de um assunto que surgiu na consulta:

*“Ela veio com outra queixa depois, mas como eu não achei muito importante não abordei não, porque ela já tinha falado que estava com pressa” (Aluno 5).*

*“A filha do paciente que estava o acompanhando na consulta é quem trouxe a questão do alcoolismo. Eu preferi perguntar ao paciente se ele gostaria de falar sobre isso antes de iniciar uma exploração do problema” (Aluno 4).*

Uma das pacientes atendidas trouxe uma queixa, mas logo depois falou que não precisava ser abordada porque já iria ter uma consulta com o especialista assistente naquela semana. Mesmo assim o aluno abordou sobre o problema e justificou como automatismo:

*“Ah, nem pensei isso na hora, como ela falou a queixa foi automático ir perguntando sobre aquilo” (Aluno 3).*

Como trazido anteriormente, o paciente ser incorporado na definição de prioridades é uma maneira de promover sua saúde. Estudos baseados em evidência trouxeram quatro diretrizes para a comunicação entre pessoa e médico que comprovadamente resultam em melhores desfechos clínicos, entre elas a autonomia: “informações claras fornecidas à pessoa; metas estabelecidas de comum acordo; papel ativo para a pessoa - para fazer perguntas, obter respostas, e tomar decisões sobre o tratamento; e afeto positivo, empatia e apoio do médico” (STEWART *et al*, 2010, p.290).

### **Exploração da doença e do adoecimento**

Numa visão geral da anamnese de todas as consultas é evidente uma preocupação por parte dos alunos na investigação das características da doença ou do sintoma identificado como ‘queixa principal’. Na exploração da doença predominaram perguntas fechadas em relação aos sintomas, como exemplo, “essa dor é do tipo queimação, cólica, em aperto...?”. É interessante destacar que mesmo no método clínico tradicional, é ensinado que a exploração dos sintomas deve começar com perguntas abertas, que conferem ampla possibilidade de respostas e evitam induzir os pacientes (BICKLEY, 2015).

Alguns alunos fizeram a exploração de alguns elementos do adoecimento na consulta gravada. Um dos alunos apontou para a aplicação anterior de alguns elementos do MCCP sem ter conhecimento prévio sobre ele, o que ele julga ser uma intuição (Aluno 6). Os outros afirmaram que, dos quatro componentes da exploração do adoecimento (sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas), somente utilizavam anteriormente a exploração da funcionalidade, justificando que essa abordagem é ensinada no método tradicional, as outras não. Nota-se que já existe uma preocupação de alguns professores da Faculdade de Medicina em adotar alguns princípios do MCCP, como pode ser verificado no programa da disciplina de Clínica Médica 1, que propõe a introdução do tema (UFMG, 2017). Um dos alunos julgou

que essa exploração não deve ser feita em todas as consultas e diz não estar seguro em relação às vantagens dessa abordagem:

*“Eu acho que abordar o SIFE pode fazer diferença sim, mas não nessa consulta. Porque a paciente já tinha recebido o diagnóstico de hipertensão há bastante tempo e já havia recebido orientações de tratamento várias vezes” (Aluno 1).*

Os demais fizeram considerações sobre a importância de fazer essa investigação por colocar o paciente no centro da entrevista, e ter a possibilidade de entender o problema ou a doença especificamente para aquela pessoa:

*“Quando fazemos a investigação das percepções do paciente a gente pode se deparar com uma resposta totalmente diferente do que a gente espera” (Aluno 3);*

*“Como médica posso achar que hipertensão é a coisa mais normal, mas um paciente pode achar que é o fim do mundo” (Aluno 5).*

Nas consultas dos quatro alunos que afirmaram tentar aplicar o método, observa-se que esta tentativa se deu na busca de uma compreensão integral do problema, com a abordagem de alguns elementos do adoecimento:

*“Tentei abordar o que ela tava sentindo em relação às coisas que ela tava apresentando” (Aluno 2).*

*“Ela tinha a ideia de que quando era criança tinha rompido uma veia no cérebro e que de vez em quando essa veia sangrava e saía pelo nariz. Ter abordado isso trouxe a oportunidade de eu poder explicar pra ela que não era o motivo real da cefaleia, tranquilizá-la nesse sentido, evitar que ela fique assustada com essa epistaxe” (Aluno 6).*

*“Procuro sempre entender como é a relação daquele paciente com a doença dele, a aceitação, por que por mais que tinha muito tempo que ela tinha recebido o diagnóstico ela não aceita. [Procuro entender] os fatores que interferem a adesão aos tratamentos, se aquilo atrapalha alguma coisa na vida dela, verificar se ela tinha entendido sobre o que é a doença... me deu a impressão de que ela não sabia nada, não sei como ela fazia antes porque ela não entendia, como ela ia concordar em fazer algo pra uma coisa que ela não entendia?” (Aluno 5).*

*“Tentei perguntando o que realmente incomodava a paciente, e também o que a paciente esperava da consulta e dos alunos” (Aluno 1).*

Após assistirem às suas consultas, os próprios alunos identificaram situações em que a utilização do método poderia ter sido benéfica na condução da entrevista com o paciente, incluindo a importância de abordar as ideias da paciente sobre o problema:

*“Na consulta eu tive a impressão que o paciente não tinha a menor ideia do problema que ele tinha e da gravidade. Mas agora, vendo a consulta, eu não sei... porque eu não perguntei!” (Aluno 2).*

*“Se eu tivesse perguntado pra ela o porquê que ela relaciona essa cefaleia ao aniversário dela, poderia ter ajudado no diagnóstico, por exemplo, porque a cefaleia em salvas tem um padrão sazonal” (Aluno 6).*

A avaliação da experiência da doença na dimensão das ideias inclui a percepção pelo paciente sobre o que está errado ou a sua maneira de significar o sintoma. Isso se dá através da correlação direta de elementos como causa e consequência, reais ou não, e até como uma maneira de externar explicações fantasiosas sobre o próprio corpo e como esse corpo se comporta diante da doença. A procura pessoal por ideias que expliquem e façam sentido, é quase que inerente diante de qualquer alteração do corpo ou da mente interpretada como fora da normalidade (STEWART *et al*, 2010). Ao abordar o campo das ideias, o médico abre precedentes não só para compreender a pessoa mais profundamente, mas também para identificar possíveis barreiras no cuidado ou até elucidar questões diagnósticas.

#### **5.4 Término da consulta**

Somente dois alunos consideraram que fizeram um fechamento de consulta centrado no paciente, mas todos eles, ao assistirem às consultas, fizeram comentários críticos de como poderiam ter o utilizado.

*“Tentei escutar a paciente pra saber quais as dificuldades dela em botar em prática as orientações que já tinham sido dadas em relação a alimentação e atividade física” (Aluno 1).*

*“Acredito que a gente conseguiu resolver bem os problemas da paciente sem impor as condutas. Foi perguntado o porquê que a paciente não quis fazer uso da medicação*

*prescrita anteriormente, ao invés de simplesmente reforçar que ela tinha que tomar o remédio e pronto” (Aluno 4).*

*“A gente só vai impondo mesmo as coisas, falando o que ele tem que fazer e o que não deveria, sem saber a opinião dele sobre aquilo” (Aluno 2).*

*“Acho que tem hora que dá pra você sentir se o paciente tá concordando ou não com aquela proposta, mas realmente falta perguntar” (Aluno 5).*

*“Acho que ela saiu bem esclarecida sobre tudo, mas faltou perguntar o que ela acha sobre o tratamento proposto” (Aluno 3).*

*“Vendo a consulta agora acho que ela tinha uma expectativa de sair sabendo a causa dos problemas dela, e acho que ela pode ter saído insatisfeita nesse sentido” (Aluno 6).*

*“Durante a faculdade eu sempre fiz o contrário, de dar a dura no paciente por não aderir ao tratamento ou coisa do tipo. Com o método acho que o paciente sempre vai sair satisfeito e a efetividade do médico vai ser muito maior” (Aluno 4).*

*“Avalio que o fechamento da consulta foi pensando no melhor para a paciente, mas foi voltado para o controle da doença, não centrado na pessoa” (Aluno 1).*

Um dos alunos identifica que a dificuldade de adesão ao tratamento se deve à falta de informações sobre a doença e à dificuldade de mudança de hábitos de vida:

*“Acho que ela não adere por falta de informação mesmo sobre a doença, não entender a gravidade da situação ou também por não conseguir mudar hábitos de vida que são construídos durante a vida toda” (Aluno 1).*

Esta é a visão mais comum dos médicos sobre o motivo da falta de adesão, apesar das pesquisas mostrarem que explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si só, não garantem seguimento da orientação terapêutica (HAYNES, McKIBBON, KANANI, 1996), e que, a exploração das ideias e expectativas do paciente, explicações a respeito das orientações e a verificação do ponto de vista do paciente, se associam ao aumento da adesão ao tratamento (LASSEN, 2001). Entre os motivos que fazem com que médicos não usem essas estratégias, o principal é a ausência de reconhecimento de que isso seja importante na assistência à saúde de seus pacientes, pois entendem que a indicação do tratamento e demais condutas devem partir apenas do conhecimento médico (DEL RIO-LANZA *et al*,

2016). Uma avaliação de atitude do estudante de medicina realizado na UFMG mostrou que, embora preocupados com o cuidado, os estudantes estão pouco predispostos a discutir com o paciente suas prioridades na atenção à própria saúde e seus conhecimentos e crenças sobre o processo saúde-enfermidade (RIBEIRO e AMARAL, 2008).

Em seguida o mesmo aluno pondera que saber a opinião da pessoa também é uma maneira de se melhorar a adesão:

*“Acho que perguntar para o paciente o que ele acha do tratamento tem efeito positivo na adesão, porque o paciente pode trazer soluções que eu não sugeri pra ele”.*

Nenhum dos alunos abordou explicitamente os papéis ou funções do médico e do paciente no plano terapêutico. Esse aspecto foi observado também na avaliação do professor pela análise dos questionários respondidos, nos quais a pergunta “Em que medida o aluno e seu paciente discutiram os seus respectivos papéis (quem é o responsável pela tomada de decisões e quem é o responsável por quais aspectos de seu cuidado)?” foi avaliado em quatro consultas como ‘um pouco’ e em duas consultas como ‘nem um pouco’. Os comentários dos alunos a essas respostas foram:

*“Achei muito difícil tentar incorporar o método, principalmente nessa parte de perguntar os papéis. A gente não está acostumado a fazer esse tipo de coisa” (Aluno 1).*

Um dos alunos apontou para a importância de deixar claro na consulta essas funções definidas do médico e do paciente no sentido da promoção de saúde:

*“Acho que consegui explicar bem direitinho pra ele as orientações de tratamento, isso avalio que foi bom, só que eu devia incentivar mais o papel dele nisso, reforçar que ele é quem tem o poder de tratá-lo e não eu” (Aluno 2).*

Alguns alunos também apontaram para o protagonismo dos professores nos fechamentos das consultas, como uma dificuldade para o treinamento desse momento:

*“A gente não tem uma participação tão ativa no fechamento da consulta, geralmente é o professor que toma esse papel” (Aluno 5).*

*“A professora tomou mais à frente da consulta nesse momento e eu fiquei mais em segundo plano” (Aluno 4).*

*“Até agora todos os professores fazem o fechamento da consulta sozinhos, isso faz falta porque a gente não aprende” (Aluno 1).*

Em relação aos questionários, na análise dos áudios concluiu-se que não foi um elemento que incitou muitos comentários. Pode-se associar a isso o fato de que a maioria das respostas dos pacientes foram positivas em relação à consulta. Nas avaliações do professor nota-se que as respostas negativas estão concentradas no campo do término das consultas (“Até que ponto o aluno averiguou se o tratamento pode ser feito pelo paciente?”; “Em que medida o aluno e seu paciente discutiram os seus respectivos papéis?” e “Até que ponto o aluno encorajou o paciente a assumir a função desejada no seu próprio cuidado?”), e mesmo sendo instigados a falar sobre isso, os alunos não trouxeram maiores reflexões.

### **5.5 Avaliação da experiência do *videofeedback***

Todos os alunos afirmaram que a experiência em assistir sua própria consulta foi positiva. Nenhum deles tinha tido experiência anterior semelhante. Entre os pontos positivos destacou-se a observação da postura em consultório, tom de voz, interrupções da fala, gestual, momentos de silêncio durante o registro de informações, percepção de linguagem não verbal do paciente não observado durante a consulta, e identificação de não utilização de ferramentas e técnicas de comunicação.

*“O que eu mais gostei foi essa oportunidade de assistir a consulta, pude observar várias coisas que não tinha ideia antes, por exemplo minha postura na cadeira, meu jeito de falar meio ‘da roça’, muito informal, esse silêncio que fica quando eu estou anotando e não percebo” (Aluno 6).*

*“Olha, foi muito bom ver o vídeo dessa consulta, porque só assim eu pude ver que eu não negocieei a agenda com o paciente, não fiz exploração do adoecimento, e interrompi várias vezes a fala do paciente para anotar no prontuário a ‘História da Moléstia Atual’” (Aluno 2).*

O reconhecimento dessa técnica pelos alunos apenas reforça o que já foi constatado em diversos estudos, que colocam a revisão de gravações em vídeo como a melhor maneira de aprendizado de técnicas de comunicação e autoconsciência de quem se assiste (MAGUIRE, FAIRBAIRN e FLETCHER, 1986; FUKKINK, TRIENEKENS e KRAMER, 2011; KURTZ, SILVERMAN e DRAPER, 2013). Stewart *et al* (2010) enumeram algumas

vantagens da técnica: propicia a chance de observar comportamentos verbais e não verbais, o que desenvolve sensibilidade para aspectos que não foram notados; oferece um registro acurado e não se baseia em memória, evitando discordâncias entre aluno e professor; é de baixo custo e oferece possibilidade de ser feito em qualquer horário que for oportuno. Além disso, aluno e professor são colocados no mesmo nível ao assistirem a consulta juntos, facilitando a adoção de uma abordagem colaborativa de ensino; possibilidade de outras pessoas colaborarem no processo, trazendo reflexões sobre situações difíceis, por exemplo, como lidar com explosões de raiva, acessos de choro, planejamento do manejo, incentivo de mudança de comportamento e otimização do tempo.

Cinco alunos trouxeram o incômodo com o tempo de registro em prontuário durante a consulta:

*“Olhando assim eu não gosto porque fico muito preocupada em anotar, isso não gostei de me ver. Eu interrompi muito a paciente, com um silêncio constrangedor, que acho que incomoda ela também” (Aluno 3).*

*“Como ela trouxe tantas coisas, eu quis registrar tudo, esse tempo longo demais de anotação em prontuário me dá uma impressão de distância do médico com o paciente” (Aluno 4).*

O outro aluno observa esses momentos de registro em prontuário, mas não se incomoda com o silêncio ou o tempo de consulta, acha que ele *“é necessário pelo medo de esquecer se for anotar depois” (Aluno 2).*

A orientação que o MCCP traz em relação a isso é de evitar que as anotações em prontuário sejam motivo de interrupção da fala do paciente ou da linha de raciocínio seguida no relato. Ao mesmo tempo enfatiza que se trata de algo pessoal, podendo o médico optar pelo registro no momento da consulta, se houver o cuidado de fazê-lo sem prejuízos, ou depois de seu encerramento (STEWART *et al*, 2010).

Um dos alunos identificou, ao assistir ao vídeo, que ficou intimidado com a filmagem:

*“Como a gente não usa isso [o MCCP] todo dia, e esse negócio de filmar deixa a gente nervoso, então não consegui fazer a consulta muito bem” (Aluno 3).*

Este fato é considerado como uma barreira inerente à metodologia de *videofeedback*, apesar de já ter sido demonstrado que após as primeiras experiências, estar sendo filmado se torna algo mais natural, interferindo menos no comportamento do médico diante da gravação (FUKKINK, TRIENEKENS, e KRAMER, 2011).

### **5.6 Avaliação geral da experiência**

Todos os alunos consideraram a experiência da pesquisa como um todo como positiva:

*“Eu gostei demais da experiência, foi muito bom me ver na consulta, nunca tinha me visto. Tenho minhas dúvidas se durante a faculdade vou ter uma experiência como essa, não só de formação, mas de vida” (Aluno 4).*

*“Me ajudou muito nas próximas consultas que fiz, acho muito importante ensinar isso [o MCCP], achei muito bom também essas técnicas de comunicação, ajudam a lidar com situações difíceis que aparecem nas consultas. Estou aplicando muito o método na liga que participo” (Aluno 5).*

*“Achei muito bom e vou tentar melhorar em todos esses pontos que a gente identificou aqui – não interromper o paciente para escrever, deixar o paciente falar mais, tentar entender mais a pessoa e não só o problema da pessoa. Não imaginei que fosse ser tão bom assim não!” (Aluno 2).*

### **5.7 Sugestões na implementação na graduação**

Ao final do *videofeedback*, foi solicitado aos alunos que fizessem considerações gerais sobre o MCCP e avaliassem se julgavam ou não importante o seu ensino na graduação em medicina. Todos eles consideraram que é um conteúdo que deve ser ensinado no curso. Dentre as falas, destaca-se:

*“O paciente que percebe que tem mais autonomia com um médico se sente mais confortável do que com aquele médico antigo autoritário” (Aluno 4).*

*“Esse método é muito bom porque sai daquela regra, aquele script tradicional... agora tenho que perguntar isso, pronto, isso já foi, agora tenho que abordar aquilo...” (Aluno 2).*

*“É uma questão de respeito ao paciente, a conduta antiga é muito desrespeitosa. Não trata o paciente como uma pessoa, e sim como uma patologia ou algo a ser resolvido e pronto e acabou” (Aluno 4).*

*“Eu acredito que até deva ser um método mais fácil de ser aprendido que o tradicional. Porque é muito intuitivo, é muito de respeito, a conversa vai fluir, com respeito mútuo, e não é aquela coisa decorada, aquela coisa de imposição que é o método tradicional, que a gente segue um roteiro pronto com aquelas perguntas. O método centrado na pessoa é mais flexível, e pra mim, utilizá-lo fez a consulta ser bem mais leve, bem mais natural” (Aluno 4).*

Sobre o ensino recebido atualmente, os alunos consideram:

*“A prática clínica que a gente tem na faculdade, apesar de se importar muito com a relação médico-paciente, ainda é uma prática muito autoritária” (Aluno4).*

*“A gente é cobrado de ter o prontuário certinho e a gente fica tão preocupado com isso na hora do professor ler o prontuário que a gente esquece umas coisas. Eu aprendi que eu tenho que fazer queixa principal, história da moléstia atual... seguir aquele roteirinho. E tem que ter tudo, se eu não fizer isso dessa forma eu acabo me dando mal na faculdade. A gente é moldado assim desde o início então acho que é muito difícil mudar depois” (Aluno 3).*

*“O roteiro de anamnese utilizado pela faculdade é o tradicional, então acabamos seguindo ele” (Aluno 1).*

*“O ensino ainda é muito tradicional. Nos é cobrado várias outras coisas, não tive um suporte para treinar o método centrado na pessoa, apesar de eu querer. Então acaba que o tradicional é mais fácil da gente seguir, porque é o que é usado pelos professores” (Aluno 4).*

*“Já tentaram ensinar um pouco disso pra gente desde a clínica 1, mas não foi assim, foi bem mais superficial. Acho que falta direcionar mais o aluno, cobrar mais, fazer*

*feedback de cada consulta igual tá sendo esse aqui. Pelo menos no início quando estamos aprendendo a fazer anamnese” (Aluno 1).*

*“A gente tem clínica hoje desde muito cedo, começa no quarto período. E essa clínica do quarto período é basicamente relação médico-paciente e anamnese. Mas não aprendemos como entender o paciente, não aprendemos como buscar as informações, não aprendemos técnicas de comunicação. Vendo agora, depois que tive contato com o método centrado na pessoa, e vendo as dificuldades que temos nas consultas, eu vejo que o ensino foi muito incompleto, muito ineficiente” (Aluno 4).*

*“Até agora no curso nunca tinha ouvido falar do método clínico centrado na pessoa” (Aluno 2).*

Chama a atenção nessas falas duas palavras que os alunos utilizaram para se referir ao modelo tradicional: ‘*autoritário*’ e ‘*desrespeitoso*’, além de uma referência ao seu método de ensino que ‘*molda*’ o estudante. Com essas observações os alunos corroboram com a ideia de insuficiência do modelo biomédico no cuidado das pessoas.

Apesar dessas considerações realizadas pelos alunos, verifica-se que nas ementas das disciplinas anteriores cursadas pelos alunos (Clínica Médica I, II e III) há a inclusão de bibliografia de referência para leitura sobre MCCP e sobre treinamento de habilidades de comunicação por *videofeedback* (UFMG, 2017). Diante disso é plausível levantar a hipótese de que, mesmo fazendo parte do currículo atual, este conteúdo não esteja sendo ministrado.

Por fim, os alunos sugeriram maneiras de implantação do ensino do MCCP na graduação, em que consideram: a abordagem do conteúdo nos primeiros semestres da graduação com treinamentos se estendendo até o final do curso, ênfase na prática, supervisão do professor nas anamneses, cobrança do conteúdo nas avaliações formais teóricas e práticas, adoção de um roteiro de anamnese centrado na pessoa, realização de simulação de consultas ou role-plays e *videofeedback* como metodologias de treinamento

*“Deveria ser ensinado desde o início da semiologia, porque tudo vai ser novidade pra você e tem essa possibilidade de abrir a cabeça” (Aluno 3).*

*“O ideal seria que isso fosse dado lá no início, se a gente fixasse bem esse conteúdo no início, chegaríamos aqui mais preparados” (Aluno 5).*

*“Tínhamos que ter mais isso, um seminário, por exemplo. Mas o principal é a prática, queria ver isso sendo dado dentro das disciplinas de clínica e semiologia” (Aluno 5).*

*“O professor deve estar presente, supervisionando e ensinando cada passo” (Aluno 3).*

*“O mais importante de adotar o ensino do método é a forma como ele é ensinado. Tem que ter uma assistência e uma orientação mais de perto. Não valeria a pena por exemplo se for introduzido apenas em aulas teóricas, tem que ter treinamento e temos que ser corrigidos, temos que ter esse feedback” (Aluno 6).*

*“É muito importante o professor olhar o que o aluno tá fazendo, nesse modelo atual ele só entra na sala quando o aluno terminou toda a consulta, assim não tem como corrigir os erros que ocorreram durante a consulta. Uma alternativa a isso são as gravações de consulta e feedback como estamos fazendo agora” (Aluno 5).*

*“A melhor experiência realmente foi a filmagem, minha sugestão é que isso seja rotina, filmar as consultas e discutir com o professor. A gente acaba não tendo retorno do professor. A gente atende, o professor chega na sala no final, terminamos a consulta e não sabemos se foi bom, o quê que foi ruim... os professores supõem que a gente já sabe fazer a anamnese, e só o exame físico é que é ensinado mais a fundo. Eles fazem assim, ‘atende aí e me chama quando chegar no exame físico’” (Aluno 6).*

*“A gente já começa consultando o paciente real, e naquele script. E a gente precisa de treino, uma maneira excelente de treinar seria simulação de consulta com os próprios alunos mesmo” (Aluno 2).*

Sobre esta última proposição, a prática de simulação (ou role-play) é uma técnica com alto custo-efetividade, em diversas áreas, não só na medicina (BONAMIGO e DESTEFANI, 2010). No ensino de habilidades de comunicação essa prática vem sendo adotada rotineiramente e já são descritas experiências exitosas no Brasil (RABELO E GARCIA, 2015). Consiste em uma simulação de consulta médica, com *scripts* pré-estabelecidos ou não, em que os próprios alunos adotam papéis de médico e paciente, que são observados por um facilitador – geralmente o professor – e pelos demais alunos da turma. Ao final os participantes comentam sobre a experiência e o facilitador traz observações sobre o desempenho, analisando possíveis erros e acertos nos diversos aspectos da consulta (contato visual, interrupções da fala, exploração da doença, etc). Em cada um desses papéis são

exploradas algumas habilidades, como, o aluno que atua como médico tem a oportunidade de treinar sua comunicação, receber *feedback* e refletir sobre sua performance; o que desempenha o papel de paciente ou familiar pode desenvolver uma compreensão melhor da perspectiva do “outro”, aprimorando a habilidade de empatia; e o papel de observador ajuda na construção do processo reflexivo e permite aprender com erros e acertos dos colegas nas mais diversas situações (RABELO e GARCIA, 2015).

O quadro a seguir traz um resumo dessas sugestões dadas pelos alunos (Quadro 2).

**Quadro 2: Sugestões apontadas pelos alunos de implementação do MCCP e habilidades de comunicação no curso de medicina.**

1. Abordagem teórica através de aulas expositivas e seminário
2. Abordagem prática em diversas disciplinas
3. Introdução do conteúdo no início do curso e se estendendo até o final
4. Homogeneidade na abordagem pelos diversos professores
5. Supervisão dos professores mais próxima nas anamneses dos alunos
6. <i>Feedback</i> formal dos professores em relação às consultas dos alunos
7. Cobrança em avaliações formais dos professores em relação ao conteúdo
8. Adoção de um roteiro de anamnese centrado na pessoa
9. Adoção da técnica de consultas simuladas ou <i>role-play</i>
10. Adoção da técnica de <i>videofeedback</i> de consultas com os alunos

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES

Analisando o método clínico mais utilizado na atualidade observa-se que tanto o modelo de consulta quanto o ensino médico não têm acompanhado a evolução natural da medicina, e ainda, não respondem às atuais necessidades em saúde.

A tela “A lição de anatomia do Dr. Tulp” de Rembrandt em 1632, retrata como eram as primeiras aulas conhecidas de medicina: um cadáver sendo dissecado por um profissional mais experiente e vários estudantes ao redor observando. É compreensível que fosse assim, já que naquela época não existiam exames de imagem, microscopia ou medicina nuclear, sendo a única ferramenta disponível para estudo, o próprio corpo humano sem vida. Nem sequer as bactérias eram conhecidas. O raciocínio clínico se resumia a identificar sinais e lesões e correlacioná-los com outros semelhantes já vistos numa mesa de dissecação.

Evolutivamente foi-se priorizando o pensamento cartesiano, pautado no racionalismo e na objetividade, com conseqüente fragmentação do corpo humano. O que fazia sentido, uma vez que os principais problemas com os quais os médicos se deparavam eram tuberculose, doenças infectoparasitárias, desnutrição, pestes que dizimavam populações. E essa lógica cartesiana fragmentada foi a base de construção das escolas médicas no mundo e também no Brasil, reforçada no início do século XX pelo modelo flexneriano.

De lá pra cá muita coisa mudou, surgiram drogas para tratar a maioria das afecções humanas, tecnologias que permitem diagnósticos precisos, ferramentas que auxiliam tomadas de decisão que podem ser consultadas em computadores e telefones móveis no tempo real da consulta.

Os problemas também mudaram. Se a tuberculose foi o mal do século XIX, há quem considere a ansiedade o mal do século XXI. A saúde hoje é entendida como um estado de harmonia entre o sujeito e sua realidade, enfatizando o sujeito enquanto um ‘todo’, e ainda toda a subjetividade que o faz único. Nos consultórios médicos estão o sedentarismo, a insônia, o alcoolismo, a depressão, a obesidade, e por trás disso, desemprego, competitividade, poluição, angústia, violência.

Mesmo com todo avanço da ciência, o ensino da medicina ainda carrega muito daquele mesmo modelo do século XVII de ‘anatomia, fragmentação, memorização’. Aplicar a lógica do modelo biomédico é assumir um fracasso, seja ele na insatisfação do paciente, que

não é compreendido, não tem seus problemas resolvidos, resultando em piores desfechos clínicos, seja na oneração dos serviços devido a busca constante por profissionais, ou, seja na angústia crescente dos próprios médicos por não conseguirem corresponder às reais necessidades dos pacientes.

Espera-se do médico habilidades que vão além do diagnóstico e tratamento, e algumas das respostas para se adaptar ao cenário da saúde atual encontra-se no MCCP, como competência cultural, habilidades de comunicação e empatia. Se é esperado formar um médico capaz de lidar com os problemas atuais, deve-se repensar a maneira que lhe é ensinada a medicina.

Diante do exposto, e após os resultados do presente estudo, sugere-se que haja uma preocupação das escolas médicas em adotar a Medicina Centrada na Pessoa como norteadora do modelo clínico.

Como complemento do trabalho, são feitas sugestões para sua efetivação na inserção da graduação médica:

Propõe-se que o conteúdo seja inserido desde o início do curso e perpassa por várias disciplinas até o término da graduação, baseando-se na literatura atual, que mostra que, dessa maneira, há um impacto positivo nas habilidades de consulta dos alunos, no que se refere a melhor entendimento do problema e melhor desempenho clínico. Para isso deve haver um treinamento dos docentes a fim de que todos sejam capacitados a lidar com novas técnicas de ensino e se sintam confortáveis em adotar os programas propostos pelas ementas de maneira mais homogênea.

É indicado que os professores das disciplinas clínicas, das diversas especialidades, acompanhem as anamneses de seus alunos e reconheçam que a entrevista clínica é um elemento de importante aprendizado. Este aprendizado é apontado pelos alunos como um ponto de dificuldade e sua discussão com a colocação dos pontos positivos e negativos observados pelo professor permite que haja aprimoramento. É desejável que o professor também ofereça espaço para que o aluno tenha a experiência de conduzir a consulta em todos os seus momentos, inclusive no fechamento.

Para que a inserção do MCCP seja efetiva, sugere-se que seja adotado pelos professores um roteiro de anamnese mais atual, que seja condizente ao modelo de consulta

centrada na pessoa. Um modelo de registro de consulta foi proposto por Donnelly (2005) e validado no Brasil por França (2015), e responde adequadamente a esta demanda, além de ser conciso e de fácil manuseio (Anexo D).

Sugere-se que sejam incorporadas técnicas mais adequadas para o processo ensino-aprendizagem, como o *videofeedback* de consulta e o *role-play* ou simulação de consultas, já discutidas neste trabalho.

Por último, é importante colocar que muito progresso tem sido feito com o uso da pesquisa qualitativa para estudar o atendimento centrado na pessoa, entretanto, ainda há muitas oportunidades de realizar avanços na teoria e na prática do tema. Ainda são atuais as colocações de Stewart *et al* (2010) ao considerar que, assim como o médico deve transitar entre o pensamento analítico e a escuta empática para um entendimento integrado, a pesquisa centrada na pessoa deve ter contribuições tanto da epidemiologia e ciências básicas, quanto da pesquisa qualitativa. São sugeridos estudos que explorem as perspectivas conjuntas de médico e paciente sobre algum componente do método, uma vez que a maioria dos estudos explora a perspectiva de cada um individualmente, ou ainda, que aprofundem o conhecimento das barreiras do seu ensino atualmente percebidas nas escolas médicas brasileiras.

## 7 CONCLUSÕES

Embora este estudo qualitativo tenha sido realizado com estudantes de uma única subturma e que, apesar de um programa comum, é conhecida a heterogeneidade na ministração das disciplinas, verificou-se que:

- Os alunos do curso de medicina têm pouco conhecimento prévio sobre o MCCP, e que, após entrarem em contato com o método apontam que a principal dificuldade na sua utilização é a falta de prática;
- Os alunos têm dificuldades na anamnese médica, no que diz respeito a técnicas apropriadas de comunicação com o paciente, estruturação dos momentos da consulta e condução da entrevista sem seguir um roteiro pronto;
- Os alunos reconheceram o MCCP como uma ferramenta superior ao método clínico tradicional no qual eles apontam algumas falhas, como: ser autoritário, não abordar a perspectiva do paciente diante do problema e suas subjetividades, não incorporar o paciente nas tomadas de decisão, não ser efetivamente satisfatório por resultar em menor possibilidade de entendimento dos problemas e menor adesão terapêutica;
- Há uma insatisfação dos alunos com a estrutura atual de ensino pautado no modelo biomédico, que, segundo eles, não satisfaz as reais necessidades da prática clínica. Eles identificam que se sentem inseguros e com a sensação de que não estão preparados para sua prática, pois o que é cobrado academicamente é diferente da realidade;
- Os estudantes também julgam que o ensino do MCCP deve ser inserido na graduação em medicina desde o início e explorado durante todo o curso., Propõem metodologias de ensino para essa inserção, como: a ênfase na prática, supervisão dos professores nas anamneses dos alunos, cobrança do conteúdo nas avaliações formais teóricas e práticas, adoção de um roteiro de anamnese centrado na pessoa, práticas de simulação de consultas (ou *role-plays*) e *videofeedback* de consultas gravadas.
- A interferência excessiva dos professores no fechamento das consultas prejudica o aprendizado da capacidade de tomada de decisão compartilhada, no estabelecimento de metas para promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento;
- Sob a ótica da Promoção da Saúde, os alunos reconheceram que autonomia e protagonismo do paciente são características determinantes na busca por saúde, e

identificam momentos da consulta médica nas quais isso pode ser aprofundado, como na investigação do processo de adoecimento e na tomada de decisão compartilhada;

- Mesmo uma breve intervenção como a do estudo, já foi capaz de desencadear reflexões importantes no processo de aprendizagem dos alunos e incorporar algumas atitudes do MCCP no atendimento dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- BALINT, E. The possibilities of patient-centered medicine. **J R Coll Gen Pract**, v. 17, n. 82, p. 269-76. 1969.
- BALLESTER, D. *et al.* A Inclusão da Perspectiva do Paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n. 4, p. 598-606. 2010.
- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection data. **Ann Intern Med**, n. 101, p. 692-6. 1984.
- BICKLEY, L. S. **Bates - Propedêutica Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 1004 p.
- BONAMIGO, E. L.; DESTEFANI, A. S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Revista Bioética**. v. 3, n.18, p. 725 – 42. 2010.
- BOUDREAU, J. D.; CASSEL, E.; FUCKS, A. A healing curriculum. **Med Educ**, v. 41, p. 1193-202. 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Resolução N°3, de 20 de junho de 2014. **Capítulo I – Das Diretrizes, Artigo 3º; Capítulo III - Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina, Artigos 25, 26 e 27**, Brasília, DF, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 3. ed. Brasília, DF, 2010.
- DEL RIO-LANZA, A. B. *et al.* Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. **Springer Plus**, v. 5, n. 1, p. 1386. 2016. DOI: 10.1186/s40064-016-3086-4.
- DEMARZO, M.P.; ANDERSON, M.I.; RODRIGUES, R.D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação - recomendações e potencialidades. **Rev Bras Med Fam Com**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11. 2006.
- DIGIOIA, A. M.; GREENHOUSE, P. K. Creating value with the Patient and Family-Centered care methodology and practice: what trainees need to know, why, and strategies for medical education. **AMA Journal of Ethics**, v. 18, n. 1, p. 33-39. 2016. DOI: 10.1001/journalofethics.2016.18.01.medu2-1601.
- DONNELLY, W. Patient-Centered Medical Care Requires a Patient-Centered Medical Record. **Acad Med**, n. 80, p. 33-38. 2005.
- FERREIRA, D. C. *et al.* A Experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Rev Bras Educ Med**, v. 38, n. 2, p. 283-88. 2014.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Rev Bras Educ Med**, v. 31, n. 1, p. 3-4. 2007.
- FRANÇA, B. C. C. *et al.* Validação de Instrumento de Registro do Atendimento Clínico Centrado na Pessoa. **Rev Bras Educ Méd**, v. 39, n. 2, p. 233-239. 2015.
- FUKKINK, R. G.; TRIENEKENS, N.; KRAMER, L. J. C. Video Feedback in Education and Training: putting learning in the picture. **Educ Psychol Rev**, n. 23, p. 45–63. 2011.
- GALLENLINE, A. *et al.* Student perceptions of a patient-centered medical training curriculum. **J Med Educ**, v.5, p. 95-102. DOI: 10.5116/ijme.536e.26b2. 2014.

GIGUERE, A. M. C. *et al.* Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. **Implementation Science**, v. 9, n. 144. 2014.

HAYNES, R. B.; McKIBBON, K. A.; KANANI, R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. **Lancet**, v. 348, n. 9024, p. 383-6. 1996.

THE INTERNATIONAL BALINT FEDERATION. Disponível em:

<<http://www.balintinternational.com/>>. Acesso em: 26/05/2017.

JOHNSON, A. H. *et al.* Essential Characteristics of Effective Balint Group Leadership. **Family Medicine**, v. 36, n. 4, p. 253-259. 2004.

KASUYA, R. T.; SAKAI, D. T. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? **Hawaii J Med Public Health.**, v. 72, n. 2, p. 63-5. 2013.

KOLLING, M. G.; HARZHEIM, E. **Avaliação do Método Clínico Centrado na Pessoa**: tradução e validação do Patient Perception of Patient Centeredness Questionnaire (PPPC). Porto Alegre: Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. **Teaching and Learning Communication Skills in Medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford CRC Press, 2013. 83 p.

LANDSBERG, G.; CLABER, I.; PEREIRA, R.P.A. **Primária**: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: FUNEC, 2012. 186 p.

LASSEN, L. C. Connections Between the Quality of Consultation and Patient Compliance in General Practice. **Fam Pract**, v. 8, n. 2, p. 154-60. 2001.

LIND, G. Moral regression in medical students and their learning environment. **Rev Bras Educ Med**, v. 24, n. 3, p. 24-33. 2000.

MAGUIRE, P.; FAIRBAIRN, S.; FLETCHER, C. Consultation skills of young doctors: I-Benefits of feedback training in interviewing as students persist. **British Medical Journal**, v. 292, p. 1573-1576. 1986.

PARADISE, N. M. B. *et al.* Family-centered rounds and medical student education: a qualitative examination of students' perceptions. **Hosp Pediatr**, v. 1, n. 1, p. 24-9. 2011. DOI: 10.1542/hpeds.2011-0004.

PARENT, K. *et al.* Teaching Patient- and Family-Centered Care: Integrating Shared Humanity into Medical Education Curricula. **American Medical Association Journal of Ethics – Medical Education**, v. 18, n. 1, p. 24-32. 2016.

PENDLETON, D. *et al.* **The New Consultation**: developing doctor-patient communication. 2. ed. New York: Oxford University Press Inc, 2003. 152 p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 176 p.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 5 ed. Goiânia: Guanabara Koogan, 2005. 1316 p.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Rev Bras Educ Med**, v. 39, n. 4, p. 586-596. 2015.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev Bras Educ Méd**, Rio de Janeiro, v.29, n. 32, p. 90-97. 2008.

- ROSSIGNOL, L. Relationship between Participation in Patient- and Family-Centered Care Training and Communication Adaptability among Medical Students: Changing Hearts, Changing Minds. **The Permanente Journal**, v. 19, n. 3, p. 54-58. 2015.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42. 1997.
- SHAH, S. *et al.* Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? A pilot study. **J Family Med Prim Care**, v. 5, n. 1, p. 45-50. 2016. DOI: 10.4103/2249-4863.184622.
- SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. **Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills: Skills for Communicating with Patients**. 3. ed. Calgary: Taylor & Francis Group, 2013.
- STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. **CMAJ**, v. 152, n. 9, p. 1423-33. 1995.
- STEWART, M. A. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376 p.
- STEWART, M. A. *et al.* **Patient-centered Medicine: transforming the clinical method**. 3. th. Ontario: CRC Press, 2015. 443 p.
- UFMG. Faculdade de Medicina. **Programa das Atividades de Clínica Médica I**. Disponível em: <<http://site.medicina.ufmg.br/clm/wp-content/uploads/sites/24/2015/02/Programa-da-disciplina-clm-1-09-03-2017.pdf>> Acesso em: 20/05/2017.
- WILKERSON, L. *et al.* Assessing patient-centered care: one approach to health disparities education. **J Gen Intern Med**, v. 25 (Suppl 2), p. 86-90. 2010. DOI: 10.1007/s11606-010-1273-5.
- WOLOSCHUK, W.; HARASYM, P. H.; TEMPLE, W. Attitude change during medical school: a cohort study. **J Med Educ**. v. 38, e. 5, p. 522-534. 2004. DOI: 10.1046/j.1365-2929.2004.01820.x
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents [online]. 45 ed. Genebra, 2006. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>> Acesso em: 03/12/2016.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First International Conference on Health Promotion**. Ottawa, 1986. Disponível em <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> Acesso em: 03/12/2016.
- YEDIDIA, M. J. *et al.* Effect of communications training on medical student performance. **JAMA**, v. 290, n. 9, p. 1157-1165. 2003.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFESSOR– TCLE

Prezado professor,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Avaliação da utilização, pelo estudante de graduação em medicina, do método clínico centrado na pessoa como ferramenta de promoção de saúde” inscrita no programa de mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais.

Entendendo a prática ambulatorial na graduação em medicina como cenário importante na formação médica e que há uma busca do profissional adequadamente capacitado a atuar na promoção de saúde, cria-se a necessidade de implementação de metodologias de aprendizado da medicina centrada na pessoa.

O objetivo principal dessa pesquisa é estudar se o Método Clínico Centrado na Pessoa é utilizado pelos estudantes de graduação em medicina, principalmente no aspecto de promoção de saúde. Para isto serão verificadas a percepção do professor, dos pacientes e dos próprios estudantes.

Para alcançá-lo solicitamos sua participação em uma entrevista breve, após o atendimento médico dos seus alunos, que consta de um questionário com 15 perguntas. Você não será identificado individualmente. A sua participação é voluntária e a opção de não participar não lhe trará nenhum prejuízo. Ela se dará após conhecimento do projeto de pesquisa, concordância e assinatura deste termo de consentimento. Estudantes e pacientes também participarão após concordância e assinatura dos respectivos termos de consentimento. As informações da pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, sem a identificação dos entrevistados, sendo assegurado o sigilo sobre os dados obtidos com a sua participação e sobre a sua concordância ou não em participar.

Você não terá nenhum gasto e também nenhum ganho financeiro por participar dessa pesquisa. Você poderá sair da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar, sem que lhe ocorra qualquer prejuízo.

A participação poderá lhe ser útil como reflexão, e ainda trazer benefícios no estudo da comunicação entre médico e paciente. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida, pedir qualquer esclarecimento, bastando entrar em contato com um dos pesquisadores abaixo, por telefone e/ou email:

Mírian Santana Barbosa (31) 99197 0863 [miriansb@gmail.com](mailto:miriansb@gmail.com)

Maria Mônica Freitas Ribeiro (31) 3409 9746 [mmonica@medicina.ufmg.br](mailto:mmonica@medicina.ufmg.br)

Marcelo Grossi Araújo (31) 3409 9560 [mgrossi@medicina.ufmg.br](mailto:mgrossi@medicina.ufmg.br)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, esclareci minhas dúvidas, aceitei participar do estudo e o assino livremente. Recebi um documento igual a este assinado pela pesquisadora.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

O Comitê de Ética da UFMG poderá ser consultado sobre questões éticas relacionadas à pesquisa:

Av Presidente Antônio Carlos, 6627 – Pampulha, Belo Horizonte, MG – Unidade Administrativa II (prédio da FUNDEP), 2º andar, sala 2005. Telefone: 3409 4592

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDANTES– TCLE**

Prezado(a) estudante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Avaliação da utilização, pelo estudante de graduação em medicina, do método clínico centrado na pessoa como ferramenta de promoção de saúde” inscrita no programa de mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais.

Entendendo a prática ambulatorial na graduação em medicina como cenário importante na formação médica e que há uma busca do profissional adequadamente capacitado a atuar na promoção de saúde, cria-se a necessidade de implementação de metodologias de aprendizado da medicina centrada na pessoa.

O objetivo principal dessa pesquisa é estudar se o Método Clínico Centrado na Pessoa é utilizado pelos estudantes de graduação em medicina, principalmente no aspecto de promoção de saúde. Para isto serão verificadas a percepção do professor, dos pacientes e dos próprios estudantes.

Para alcançá-lo solicitamos sua participação da seguinte maneira: leitura de um texto breve, um encontro de aproximadamente duas horas para discussão desse texto com os outros alunos da sua turma, filmagem de uma primeira consulta ambulatorial de um paciente que você atender na disciplina de Clínica Médica IV, assistir ao vídeo da consulta com a pesquisadora para uma conversa que será gravada em áudio para análise qualitativa posterior.

Você não será identificado individualmente. A sua participação é voluntária e a opção de não participar não lhe trará nenhum prejuízo. Ela se dará após concordância e assinatura deste termo de consentimento. Seu professor e os pacientes também participarão após concordância e assinatura dos respectivos termos de consentimento. As informações da pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, sem a identificação dos entrevistados, sendo assegurado o sigilo sobre os dados obtidos com a sua participação e sobre a sua concordância ou não em participar.

Você não terá nenhum gasto e também nenhum ganho financeiro por participar dessa pesquisa. Você poderá sair da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar, sem que lhe ocorra qualquer prejuízo.

A participação poderá lhe ser útil como reflexão, com suas implicações - no papel de estudante - e ainda, trazer benefícios no estudo da comunicação entre médico e paciente. Como risco, pontuamos a possibilidade de constrangimento decorrente da presença de um observador. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida, pedir qualquer esclarecimento, bastando entrar em contato com um dos pesquisadores abaixo, por telefone e/ou email:

Mírian Santana Barbosa (31) 99197 0863 [miriansb@gmail.com](mailto:miriansb@gmail.com)

Maria Mônica Freitas Ribeiro (31) 3409 9746 [mmonica@medicina.ufmg.br](mailto:mmonica@medicina.ufmg.br)

Marcelo Grossi Araújo (31) 3409 9560 [mgrossi@medicina.ufmg.br](mailto:mgrossi@medicina.ufmg.br)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, esclareci minhas dúvidas, aceitei participar do estudo e o assino livremente. Recebi um documento igual a este assinado pela pesquisadora.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

O Comitê de Ética da UFMG poderá ser consultado sobre questões éticas relacionadas à pesquisa:

Av Presidente Antônio Carlos, 6627 – Pampulha, Belo Horizonte, MG – Unidade Administrativa II (prédio da FUNDEP), 2º andar, sala 2005. Telefone: 3409 4592

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES– TCLE**

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Avaliação da utilização, pelo estudante de graduação em medicina, do método clínico centrado na pessoa como ferramenta de promoção de saúde” inscrita no programa de mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais.

O objetivo principal dessa pesquisa é estudar se o Método Clínico Centrado na Pessoa é utilizado pelos estudantes de graduação em medicina, principalmente no aspecto de promoção de saúde. Este método é um modelo de consulta que pode ser adotado pelo médico, na qual se prioriza a comunicação do médico com seu paciente e destaca os componentes principais para uma consulta médica adequada. Para isto serão verificadas a percepção de preceptores, pacientes e do próprio estudante.

Para alcançá-lo solicitamos sua participação, permitindo a gravação e filmagem de sua consulta para discussão posterior com o estudante que o atendeu. Será gravada apenas a parte da entrevista. Além disso, após o atendimento médico, solicitaremos que você responda um questionário de 15 perguntas. Você não será identificado individualmente. A sua participação é voluntária e a opção de não participar não lhe trará nenhum prejuízo. Ela se dará após concordância e assinatura deste termo de consentimento. As informações da pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, sem a identificação dos entrevistados, sendo assegurado o sigilo sobre os dados obtidos com a sua participação e sobre a sua concordância ou não em participar.

Você não terá nenhum gasto e também nenhum ganho financeiro por participar dessa pesquisa. Você poderá sair da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar, sem que lhe ocorra qualquer prejuízo.

A participação poderá lhe ser útil como reflexão a respeito da qualidade das consultas médicas e da relação entre médico e paciente. Como risco, pontuamos a possibilidade de constrangimento decorrente da presença de um observador. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida, pedir qualquer esclarecimento, bastando entrar em contato com um dos pesquisadores abaixo, por telefone e/ou email:

Mírian Santana Barbosa (31) 99197 0863 [miriansb@gmail.com](mailto:miriansb@gmail.com)

Maria Mônica Freitas Ribeiro (31) 3409 9746 [mmonica@medicina.ufmg.br](mailto:mmonica@medicina.ufmg.br)

Marcelo Grossi Araújo (31) 3409 9560 [mgrossi@medicina.ufmg.br](mailto:mgrossi@medicina.ufmg.br)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, esclareci minhas dúvidas, aceitei participar do estudo e o assino livremente. Recebi um documento igual a este assinado pela pesquisadora.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

O Comitê de Ética da UFMG poderá ser consultado sobre questões éticas relacionadas à pesquisa:

Av Presidente Antônio Carlos, 6627 – Pampulha, Belo Horizonte, MG – Unidade Administrativa II (prédio da FUNDEP), 2º andar, sala 2005. Telefone: 3409 4592

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO E FILMAGEM DE CONSULTA

Como metodologia para a pesquisa “Avaliação da utilização, pelo estudante de graduação em medicina, do método clínico centrado na pessoa como ferramenta de promoção de saúde” será utilizada a gravação de áudio e vídeo da consulta médica para posterior análise.

A filmagem será utilizada apenas para estudo e avaliação dos pesquisadores e discussão com o estudante que realizará o atendimento, sendo que somente essas pessoas estão autorizadas a assisti-la. As imagens e gravações não serão veiculadas em nenhum meio de comunicação, nem divulgadas para outras pessoas ou instituições. A consulta será gravada na íntegra, sendo excluída apenas as imagens referentes ao exame físico, preservando somente o áudio desse momento.

Esse material será destruído tão logo seja concluída essa fase do estudo. Em qualquer momento da consulta o participante pode pedir que a gravação seja interrompida ou finalizada, sem penalidades.

Sendo assim, eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações do Termo de Consentimento para Gravação e Filmagem de Consulta acima, esclareci minhas dúvidas, e autorizo a gravação de áudio e vídeo da minha consulta médica na íntegra, a realizar-se no dia / / .

Recebi um documento igual a este assinado pela pesquisadora.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde

### *The person-centered clinical method in medical training as a health promotion tool*

Mirian Santana Barbosa<sup>1</sup>, Maria Mônica Freitas Ribeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

#### RESUMO

No contexto das políticas públicas de saúde do Brasil e de grande parte dos países do mundo, a promoção de saúde ocupa papel fundamental que serve de base teórica para o planejamento e execução de ações em saúde. Entre os aspectos essenciais da prática para a promoção da saúde, estão a construção de relacionamentos, o aumento da autoconsciência dos indivíduos, a pactuação das metas, o estabelecimento de prioridades, o uso racional dos recursos em saúde e a vivência dos resultados. Tais aspectos perpassam por todos os princípios da medicina centrada na pessoa, que além de formar um arcabouço teórico, propõem técnicas que auxiliam os profissionais de saúde, principalmente os médicos, na prática clínica. O método clínico centrado na pessoa (MCCP) sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado. Porém, nota-se que ainda há uma lacuna na formação médica atual em relação ao MCCP e dificuldades de incorporação do seu ensino nos currículos dos cursos de graduação em Medicina. Este artigo tem por objetivo trazer uma revisão bibliográfica atualizada sobre o tema. **Palavras-chave:** Promoção de Saúde; Medicina Centrada na Pessoa; Educação Médica.

#### ABSTRACT

*In the context of public health policies in Brazil and in most the countries of the world, Health Promotion represents a fundamental role, that is useful as a theoretical basis for planning and execution of health actions. Among the essential aspects of practice for health promotion are building relationships, increasing individuals' self knowledge, agreeing priorities and goals, rational use of health resources, and experiencing results. These aspects pervade all the principles of Patient Centered-Medicine, which, in addition to provide a theoretical framework, propose techniques that help health professionals, specially physicians, in clinical practice. The Patient-Centered Clinical Method (PCCM) proposes that the patient become protagonist of his own health and places it as a focus on the medical consultation and active participant in achieving priorities and decision making for care. However, there is still a gap in current medical training regarding PCCM and a challenge to incorporate its teaching in the curricula of undergraduate medical courses. This article purpose an updated bibliographic review on the subject. **Keywords:** Key words: Health Promotion; Patient Centered-Care; Medical Education.*

*Instituição:*  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Autor correspondente:*  
Mirian Santana Barbosa  
E-mail: miriansb@gmail.com

#### INTRODUÇÃO

A promoção de saúde é, atualmente, base das políticas públicas em todo o mundo e se constitui de uma variedade de ações que contribuem e possibil-

tam responder às necessidades sociais em saúde.<sup>1</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como “o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la”.<sup>2</sup> Essa definição contempla o conceito atual de saúde como sendo um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, destacando características como autonomia, subjetividade e individualidade.<sup>3</sup> Tal conceito vem substituir aquele definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946 como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”, muito discutido como utópico, principalmente pela dificuldade de se definir “um completo estado de bem-estar”, por ser a completude inatingível pela própria condição humana.<sup>4</sup>

No Brasil, a Política Nacional de Promoção à Saúde<sup>1</sup> do Sistema Único de Saúde (SUS) traz a promoção da saúde “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro”, definindo os conceitos de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade como diretrizes políticas. Esse paradigma traz a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas em saúde se faça por meio da construção compartilhada, o que exige a participação ativa dos envolvidos na produção social de saúde, como os usuários do SUS, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde.<sup>1</sup>

Nesse contexto, o médico assume importante papel na promoção de saúde das pessoas, por ser figura atuante não só nos vários cenários da assistência, mas na elaboração de políticas de saúde em vários níveis. Consequentemente, sua formação deve abordar a promoção de saúde nos seus diversos parâmetros sociais, políticos, econômicos, culturais.<sup>5</sup> Considerando o âmbito do atendimento ao paciente e o aproveitamento de janelas de oportunidade para educação e promoção de saúde, a medicina centrada na pessoa cumpre o papel de responder a essas expectativas ao incorporar a perspectiva do paciente e torná-lo sujeito de sua própria saúde.<sup>5</sup>

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre medicina centrada na pessoa e educação médica, na perspectiva da promoção de saúde.

## METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada entre maio e setembro de 2016 nas bases de dados Lilacs, Ibecs, Cumed e Lis via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Medline acessado por meio do PubMed. As palavras-chave usadas foram “Assistência Centrada no Paciente” ou “Cuidado Centrado no Paciente” ou “*Patient Centered Care*” ou “*Patient-Centered Care*” ou “*Atención Dirigida al Paciente*” e “Educação Médica” ou “*Education, Medical*” ou “*Medical Education*” ou “*Educación Médica*” ou “Educação de Graduação em Medicina” ou “*Education, Medical, Undergraduate*” ou “*Undergraduate Medical Education*” ou “*Educación de Pregrado en Medicina*”. Não foi usado filtro de tempo, porém os estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2001 e 2016.

Na busca realizada na BVS foram encontrados 20 estudos, sendo 11 deles selecionados para leitura a partir dos resumos por se adequarem ao tema; e na busca realizada no PubMed foram encontrados 704 artigos, dos quais 209 têm o texto completo disponível gratuitamente para leitura em inglês, português ou espanhol. Destes, 27 foram selecionados a partir da leitura dos títulos que se adequaram ao tema. Depois da leitura de todos os artigos, 19 foram selecionados para entrar no presente estudo, usando-se como critérios: qualidade do artigo e relevância para a revisão. Além disso, foram utilizadas outras fontes, como livros e dissertações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Do modelo biomédico à medicina centrada na pessoa

Historicamente, a medicina caminhou no sentido da priorização das doenças e de seu processo diagnóstico, em detrimento da pessoa que sofre o padecimento, paralelamente à busca de uma ordem ou norma para fundamentar diagnósticos – padrões sintomáticos que se repetem em determinados padecimentos são nomeados de doenças, consideradas um desvio do que se espera do organismo normal, independentemente da variância individual do processo do adoecer.<sup>6</sup> Sendo assim, o modelo de consulta ou

método clínico ainda dominante na prática médica na atualidade – e o que é ensinado na maioria das instituições de ensino médico – é chamado de “modelo médico convencional” ou “modelo biomédico”.<sup>7</sup> Ele se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do paciente e tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas.<sup>8</sup>

Para Ballester,<sup>8</sup> além de ser um método clínico centrado na doença, pode-se dizer que esse modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, ao lhe conferir papel de grande autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico. Em seguida, chega a uma conclusão ou diagnóstico e expõe para o paciente sua proposta terapêutica. Observa-se que o modelo não inclui a perspectiva do paciente em sua experiência de adoecer, suas impressões sobre o problema e expectativas a respeito de como o problema será abordado, além de não trazer à tona as repercussões das condutas na rotina de vida e no contexto social da pessoa. A não participação do paciente na abordagem do seu problema ou na definição do plano terapêutico enfatiza a posição do médico em um lugar de saber superior e autoritário, quase que automático na clínica. Pesquisas mostram falhas nesse modelo, principalmente no que diz respeito à insatisfação dos pacientes<sup>9</sup> e à falta de seguimento da orientação terapêutica ou adesão do paciente ao tratamento proposto.<sup>9</sup>

A hegemonia desse método clínico fez emergir críticas e insatisfações, tanto à real eficácia em satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, quanto em promover a satisfação dos próprios médicos com seu trabalho.<sup>6</sup> Um dos primeiros a explorar esse assunto foi o médico e psicanalista húngaro Michael Balint, em “*The Doctor, His Patient and the Illness*” (O médico, seu paciente e a doença) de 1957.<sup>10</sup> Na década de 70 ele introduziu o termo “medicina centrada no paciente”, que o definiu em oposição ao termo “medicina centrada na doença”, incorporando ao saber médico questões do paciente como sua família, o ambiente, o contexto de vida, a construção de um vínculo.<sup>7</sup> A partir daí um método clínico substitutivo foi sendo desenvolvido por vários pesquisadores em todo o mundo, destacando-se as equipes de Stewart (de Ontário, Canadá), Pendleton (de Oxford, Inglaterra) e um grupo comum das Universidades de Calgary

(Canadá) e Cambridge (Inglaterra). Todo esse movimento culminou, ao final da década de 1980, com uma proposta de mudança na abordagem médica com uma conformação denominada “medicina centrada na pessoa”, definida como:

*[...] um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde.*<sup>6</sup>

### **Método clínico centrado na pessoa e promoção de saúde**

Pendleton *et al.* publicaram a primeira versão de seu livro em 1984, denominado “*The Consultation: a Approach to Learning and Teaching*”, e uma nova versão em 2006, “*The new consultation: developing doctor-patient communication*”. Eles destacam que é importante reconhecer que a manifestação corporal não motiva necessariamente o indivíduo a buscar atendimento médico. Isso ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito. Para o autor, é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa à consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia.<sup>10</sup>

Silverman *et al.*, em 2003, propuseram o “*Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*”, um guia que sugere um modelo de consulta com etapas a cumprir e técnicas objetivas e específicas de como iniciar a sessão, obter a informação, construir um planejamento comum e finalizar a consulta.<sup>11</sup> Devem estar claros os motivos ou razões para a consulta e a partir da exploração das principais preocupações do paciente e do médico são negociadas as prioridades e estabelecida uma “agenda”, termo utilizado para se referir às tarefas conjuntas acordadas entre ambos para aquela consulta e para o seguimento do cuidado.<sup>11</sup> Algumas das técnicas abordadas incluem os momentos adequados para uso de perguntas abertas ou direcionadas e de linguagem verbal ou não verbal, sumarizações, parafraseamentos e a busca de informações sem interromper o paciente.<sup>12</sup>

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) foi recomendado por Stewart *et al.* na publicação de

"Patient centered medicine: transforming the clinical method", que teve sua última atualização em 2015.<sup>8</sup> Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas.<sup>7</sup> Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.<sup>7</sup>

Para o primeiro componente, é imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, e o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo.<sup>7</sup> A doença e o adoecimento nem sempre coexistem, por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas, como a hipertensão, nem sempre se sentem doentes, e pessoas entristecidas podem se sentir doentes, mas não têm doença alguma.

Para Stewart, para abordar o adoecimento deve-se incluir na consulta a investigação de quatro principais aspectos (que podem ser lembrados com o mnemônico SIFE): a) os sentimentos do paciente diante da doença – tranquilidade, tristeza, raiva, culpa, medo; b) suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; d) e suas expectativas – em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico.<sup>7</sup> As pessoas em geral já formularam uma hipótese sobre seu problema antes de consultar o médico. Escutá-las sobre isso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajuda na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, além do paciente se sentir ouvido e, assim, estreitar a relação médico-pessoa.<sup>7</sup>

No segundo componente, o médico deve buscar compreensão integral de seu paciente. Isso inclui identificar o ciclo de vida em que se encontra, entender sua história de saúde pregressa (como o uso de medicamentos, comorbidades, internações, cirurgias), hábitos de vida (sua rotina, alimentação, sono, atividade física, tabagismo, etilismo), ocupação (funções desempenhadas, carga horária), religião ou crença espiritual, lazer ou atividades que lhe conferem prazer; além de suas relações interpessoais, amorosas, filhos, no trabalho.<sup>7</sup> É importante também

o entendimento do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente (rural, urbano, condições geográficas específicas, acesso a equipamentos sociais e de saúde), condições de moradia, com quem mora e o âmbito social, dinâmica familiar, os costumes locais e o momento econômico.

Deve-se tentar entender o que estar saudável ou estar doente significam para a pessoa e, para isso, contemplar, no atendimento, seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes. Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho de entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica.<sup>7</sup> Kasuya e Sakai<sup>13</sup> sugerem que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças.

Dessa forma, o conceito de "competência cultural" se mostra com especial importância ao propor a diminuição do abismo cultural entre o médico e a pessoa atendida.<sup>14</sup> Envolve a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde de cada sujeito. Landsberg *et al.*<sup>14</sup> consideram que, partindo da competência cultural como característica desejável do cuidado e que sua prática é passível de aprendizado, o MCCP adquire papel central, pois desenvolve técnicas que possibilitam a aquisição desse conhecimento.

O terceiro componente do MCCP propõe que médico e paciente encontrem um terreno comum, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades da consulta, as metas do cuidado e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos.<sup>7</sup> A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo.<sup>15</sup> Fornecer informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados esperados relevantes e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto constitui uma estratégia de tomada de decisão compartilhada.<sup>16</sup>

Estudo de del Rio-Lanza<sup>15</sup> mostrou que as variáveis "prestação de informações" e "escuta atenta" de-

terminam eficácia e proatividade na consulta médica. Ou seja, são habilidades que incentivam os pacientes a não subestimarem seus conhecimentos e experiências pessoais e os implicam em um comportamento ativo no seu tratamento, tornando-o, assim, mais eficaz, principalmente quando se trata de orientações relacionadas a mudanças de hábitos de vida. Entre os motivos que fazem com que médicos não usem essas estratégias, o principal é a ausência de reconhecimento de que isso seja importante na assistência à saúde de seus pacientes, pois entendem que a indicação do tratamento e de demais condutas deve partir apenas do conhecimento médico.<sup>15</sup>

No quarto componente, Stewart<sup>7</sup> ressalta a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contra-transferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico.<sup>7</sup> Por muito tempo, seguindo o método clínico tradicional, os estudantes de Medicina foram ensinados a “não se envolver”, pois se acreditava que a distância protegia de emoções negativas. Estudos mais recentes mostram que não há como não ser afetado de alguma forma pelo encontro com o sofrimento do outro, mesmo quando o caminho seguido é a evitação ou negação e, pelo contrário, a falta de abertura e o distanciamento nas relações resultam em maiores angústias e frustrações para o médico.<sup>7</sup>

Em suas edições anteriores, o método clínico proposto por Stewart<sup>7</sup> contava com mais dois componentes que sugeriam um momento de abordar a prevenção e promoção de saúde do paciente na consulta e de pensar na viabilidade das propostas em relação a custo e tempo, denominado por ela de “sendo realista”. Tais aspectos foram incorporados nos quatro já descritos componentes, na sua edição mais recente de 2015.

Atualmente, um arcabouço científico tem mostrado cada vez mais as vantagens na utilização do MCCP. Estudos baseados em evidência trouxeram quatro diretrizes para a comunicação entre pessoa e médico que comprovadamente resultam em melhores desfechos clínicos: informações claras fornecidas à pessoa; metas estabelecidas de comum acordo; papel ativo para a pessoa – para fazer perguntas, obter respostas e tomar decisões sobre o tratamento; e afeto positivo, empatia e apoio do médico.<sup>7</sup> Melhores

desfechos também foram identificados quando há aumento do engajamento e parceria do paciente e da família em suas experiências de cuidados em saúde.<sup>18</sup> Pesquisas mostram que explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si só, não garantem seguimento da orientação terapêutica<sup>9</sup> e que a exploração das ideias e expectativas do paciente, explicações a respeito das orientações e a verificação do ponto de vista do paciente se associam ao aumento da adesão ao tratamento.<sup>19</sup>

Em estudo de Stewart<sup>17</sup> foi demonstrado que o compartilhamento das decisões foi associado positivamente aos resultados a longo prazo da consulta centrada na pessoa, sendo que em 76% dos casos avaliados houve melhora da saúde global do paciente.

Considerando que promoção de saúde pode ser entendida como proatividade da pessoa em relação à sua própria saúde,<sup>1</sup> ao colocar o paciente em um papel ativo na consulta, buscando suas peculiaridades como sujeito e se responsabilizando pelo seu cuidado, está-se promovendo saúde.<sup>8</sup>

## Educação médica e MCCP

A disseminação da medicina centrada na pessoa e a crescente demanda pela qualidade do cuidado têm colocado em xeque a formação médica em todo o mundo.<sup>20</sup> Seguindo diversas recomendações internacionais, o modelo biomédico tradicional vem sendo substituído gradativamente pelo ensino do MCCP, apoiado no atendimento médico do indivíduo de forma integral e na premissa de que comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas.<sup>8</sup> É recomendado que os programas de ensino médico incluam formação interdisciplinar que permita uma compreensão da maneira pela qual as pessoas de diversas culturas e crenças percebem a saúde e a doença.<sup>13</sup> Estudo da Universidade de Michigan mostrou que a incorporação de disciplinas na graduação em Medicina, voltadas para o aprendizado da medicina centrada na pessoa, melhorou o atendimento dos pacientes na percepção dos próprios pacientes.

Em relação aos alunos, 94% afirmaram que aumentaram sua compreensão dos desafios individuais da doença e do adoecimento e no reconhecimento do valor da parceria dos profissionais de saúde com pacientes e familiares.<sup>21</sup> Paradise<sup>22</sup> e Gallentine<sup>23</sup> concluíram que percepções dos estudantes sobre as propostas de ensino da medicina centrada na pes-

soa são positivas, principalmente no que diz respeito ao entendimento da experiência do processo de adoecer e à melhoria da qualidade da comunicação médico-paciente. Estudo de Rossignol,<sup>20</sup> nos Estados Unidos, mostrou que habilidades de comunicação pautadas no MCCP podem ser adquiridas por estudantes de medicina que forem treinados em sua formação, inclusive já estão consolidadas ferramentas quantitativas e qualitativas eficazes para se avaliar o aprendizado do estudante em tais habilidades.<sup>24</sup> Shah *et al.*<sup>25</sup> mostraram que um programa de treinamento longitudinal de habilidades de comunicação, abrangendo várias disciplinas em diversos períodos de um currículo de graduação em Medicina, gera impacto positivo nas habilidades de consulta dos alunos no que se refere a melhor entendimento do problema e melhor desempenho clínico.

A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer.<sup>26</sup>

No Brasil, o processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. A formação médica realizada em cenários de prática diversos, incluindo as unidades básicas de saúde, onde, diferentemente do hospital, o modelo biomédico nem sempre se aplica de forma adequada e onde as atividades de educação e promoção de saúde no nível individual ou familiar são de grande importância, vai exigir dos estudantes outras ferramentas para a abordagem adequada da pessoa.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina<sup>27</sup> estipulam o perfil do egresso em Medicina:

*[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.*

As mesmas Diretrizes Curriculares<sup>27</sup> pontuam que o projeto pedagógico do curso de graduação

em Medicina deve contribuir para a compreensão e difusão das culturas, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade. A pesquisadora Feuerwerker<sup>5</sup> opina que nesse campo há que se reconhecer a necessidade de novas “caixas de ferramentas” para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise. Uma dessas “caixas de ferramentas” pode ser encontrada no MCCP, uma vez que busca o protagonismo dos sujeitos – médico e paciente – na cena do atendimento e enfatiza a comunicação entre eles.

Boudreau *et al.*<sup>28</sup> ressaltam que, para formar médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do modelo centrado na pessoa, é essencial construir com os alunos o conceito de indivíduo doente numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação. No entanto, esse cenário configura um desafio, pois pressupõe a implantação de estratégias de ensino efetivas que requerem integração e inter-relação de todos os departamentos e disciplinas, em uma realidade na qual se encontram escolas médicas que, muitas vezes, têm a estrutura engessada pela organização flexneriana.<sup>8</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos autores referem que a realização da consulta médica se associa a melhores resultados quando apoiada nos pressupostos do MCCP. Esses pressupostos propiciam a autonomia e proatividade do paciente como sujeito, elementos indispensáveis para a efetivação da promoção da saúde no plano individual. Há evidências de que o MCCP se relaciona a melhores desfechos clínicos no que diz respeito a satisfação do paciente, sentimento de gratificação do médico, mais adesão ao tratamento e melhora da condição global de saúde. A formação médica no mundo tem passado por mudanças no sentido de se adequar ao ensino do modelo centrado na pessoa, substituindo o modelo biomédico, até então predominante por décadas. A experiência atual tem mostrado que os estudantes reconhecem um impacto positivo da utilização do MCCP, porém muitos desafios são encontrados, pois sua utilização configura uma mudança de paradigma que demanda transformações estruturais curriculares significativas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde 3ª ed. Brasília; 2010.
2. World Health Organization. First International Conference on Health Promotion. Ottawa; 1986. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. 45ª ed. Genebra; 2006. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionen.pdf>. p.1
4. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(5):538-42.
5. Feuerwerker LCM. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(1):3-4.
6. Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoeecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):283-8.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 376p.
8. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam ASA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(4):598-606.
9. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996;348(9024):383-6.
10. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. New York: Oxford University Press Inc; 2003.
11. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills: skills for communicating with patients. 3ª ed. London: Taylor & Francis Group; 2013.
12. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2ª ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006.
13. Kasuya RT, Sakai DH. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? *Hawaii J Med Public Health*. 2013;72(2):63-5.
14. Landsberg G, Claber I, Pastor R. Primária: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: FUNEC; 2012. 186p.
15. Rio LAB, Alvarez LS, Vazquez AS, Casielles RV. Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision making around chronic illnesses. *SpringerPlus*. 2016; 5(1):1386.
16. Giguere AMC, Labrecque M, Haynes RB, Grad R, Pluye P, Légaré F, et al. Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. *Implementation Science*. 2014; 9:144.
17. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *CMAJ*. 1995; 152(9):1423-33.
18. DiGioia AM, Greenhouse PK. Creating value with the Patient and Family-Centered care methodology and practice: what trainees need to know, why, and strategies for medical education. *AMA J Ethics*. 2016; 18(1):33-39.
19. Lassen LC. Connections between the quality of consultation and patient compliance in general practice. *Fam Pract*. 2001; 8(2):154-60.
20. Rossignol L. Relationship between Participation in Patient- and Family-Centered Care Training and Communication Adaptability among Medical Students: changing hearts, changing minds. *Permanente J*. 2015; 19(3):54-8.
21. Parent K, Jones K, Phillips L, Stojan JN, House JB. Teaching Patient- and Family-Centered Care: integrating shared humanity into medical education curricula. *Am Med Assoc: J Ethics Medical Educ*. 2016; 18(1):24-32.
22. Paradise NMB, Kelly MN, Black EW, Sessums CD, Dipietro MK, Novak MA. Family-centered rounds and medical student education: a qualitative examination of students' perceptions. *Hosp Pediatr*. 2011; 1(1):24-9.
23. Gallentine A, Salinas-Miranda AA, Bradley-Klug K, Shaffer-Hudkins E, Hinojosa S, Monroe A. Student perceptions of a patient-centered medical training curriculum. *Int J Med Educ*. 2014; 5:95-102.
24. Wilkerson L, Fung CC, May W, Elliott D. Assessing patient-centered care: one approach to health disparities education. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(2):S86-90.
25. Shah S, Andrades M, Basir E, Jaleel A, Azam I, Islam M, et al. Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? a pilot study. *J Family Med Prim Care*. 2016; 5(1):45-50.
26. Demarzo MP, Anderson MI, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação – recomendações e potencialidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2006.
27. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução N°3, de 20 de junho de 2014. Capítulo III – Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina, artigos 25, 26 e 27. Brasília; 2014.
28. Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. A healing curriculum. *Med Educ*. 2007; 41: 1193-202.

## ANEXO A

### Questionário de percepção do paciente sobre o quanto a consulta foi centrada no paciente (PPPC)

Por favor, CIRCULE a resposta que Melhor representa a sua opinião			
1. Até que ponto o seu problema principal foi discutido nesta consulta?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
2. Você diria que seu médico sabe que esse (o problema principal) foi um dos motivos de sua vinda hoje?			
Sim	Provavelmente	Talvez	Não
3. Até que ponto o médico compreende a importância da razão de sua vinda hoje?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
4. Quão bem você acha que o seu médico entendeu você hoje?			
Muito bem	Bem	Um pouco	Nem um pouco
5. Quão satisfeito você ficou com a discussão a respeito do seu problema?			
Muito satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Insatisfeito
6. Até que ponto o médico explicou este problema para você?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
7. Até que ponto você concorda com a opinião do médico sobre o seu problema?			
Completamente	-Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
8. O quanto de oportunidade você teve para fazer as suas perguntas?			
Muita	A quantidade adequada	Pouca	Nenhuma
9. Até que ponto o médico perguntou sobre seus objetivos para o tratamento?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
10. Até que ponto o médico explicou o tratamento?			
Muito bem	Bem	Um pouco	Nem um pouco
11. Até que ponto o médico averiguou o quanto isto (o tratamento) pode ser feito por você? Ele / ela averiguou isso.			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
12. Em que medida você e o seu médico discutiram os seus respectivos papéis? (Quem é o responsável pela tomada de decisões e quem é o responsável por quais aspectos de seu cuidado?)			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
13. Até que ponto o médico encorajou você a assumir a função desejada (por você) no seu próprio cuidado?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
14. O quanto você diria que esse médico se preocupa com você como uma pessoa?			
Muito	A quantidade adequada	Pouco	Nada

## ANEXO B

### Questionário de percepção do professor sobre o quanto a consulta foi centrada no paciente (PPPC modificado)

Por favor, CIRCULE a resposta que Melhor representa a sua opinião			
2. Até que ponto você acha que seu aluno discutiu o problema principal do paciente nesta consulta?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
3. Você diria que seu aluno sabe que esse (o problema principal) foi um dos motivos de vinda do paciente hoje?			
Sim	Provavelmente	Talvez	Não
4. Até que ponto o aluno compreende a importância da razão de vinda do paciente hoje?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
5. Quão bem você acha que o aluno entendeu o paciente hoje?			
Muito bem	Bem	Um pouco	Nem um pouco
6. Quão você acha que o paciente ficou satisfeito com a discussão a respeito do seu problema?			
Muito satisfeito	Satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Insatisfeito
7. Até que ponto o aluno explicou este problema para o paciente?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
8. Até que ponto você acha que o paciente concorda com a opinião do aluno sobre o seu problema?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
9. O quanto de oportunidade você acha que o aluno deu para o paciente fazer as suas perguntas?			
Muita	A quantidade adequada	Pouca	Nenhuma
10. Até que ponto o aluno perguntou sobre os objetivos do paciente para o tratamento?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
11. Até que ponto o aluno explicou o tratamento?			
Muito bem	Bem	Um pouco	Nem um pouco
12. Até que ponto o aluno averiguou o quanto isto (o tratamento) pode ser feito pelo paciente? Ele/ela averiguou isso:			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
13. Em que medida o aluno e o seu paciente discutiram os seus respectivos papéis? (Quem é o responsável pela tomada de decisões e quem é o responsável por quais aspectos de seu cuidado?)			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
14. Até que ponto o aluno encorajou o paciente a assumir a função desejada (pelo paciente) no seu próprio cuidado?			
Completamente	Em grande parte	Um pouco	Nem um pouco
15. O quanto você diria que o aluno se preocupa com o paciente como uma pessoa?			
Muito	A quantidade adequada	Pouco	Nada

## ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "Avaliação da utilização, pelo estudante de graduação em medicina, do método clínico centrado na pessoa como ferramenta de promoção de saúde."

**Pesquisador:** Maria Monica Freitas Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54440916.4.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.508.452

#### Apresentação do Projeto:

A promoção da saúde é atualmente a base das políticas públicas em todo o mundo, e constitui uma variedade de ações que contribuem e possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como "o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la". O médico assume papel importante na promoção de saúde das pessoas por ser uma figura muito atuante nos diversos cenários da assistência.

Conseqüentemente sua formação deve abordar a promoção de saúde nos seus diversos parâmetros sociais, políticos, econômicos, culturais. O processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é uma ferramenta utilizada para a promoção da saúde, uma vez que enfatiza a comunicação entre médico e paciente. A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer. O termo "medicina centrada no paciente" foi introduzido em 1970, que o definiu em oposição ao termo "medicina centrada na doença" Trata-se de um estudo observacional utilizando metodologia qualitativa, que propõe uma

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.508.452

revisão da literatura atual sobre o tema, e uma análise da percepção de atores envolvidos no processo do ensino-aprendizagem de medicina, estudantes de graduação, professores e pacientes sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa, com foco especial nos componentes que abordam a promoção da saúde.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

-Analisar a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa por estudantes de graduação em medicina, principalmente no que se refere à promoção de saúde.

Objetivos Secundários:

-Verificar quais são as percepções dos professores e estudantes de medicina sobre a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa em uma consulta médica, particularmente no que se refere à promoção de saúde.

-Verificar quais são as percepções das pessoas atendidas sobre a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa em uma consulta médica, particularmente no que se refere à promoção de saúde.

-Contribuir na reflexão do modo de ensino-aprendizagem da medicina e suas implicações no profissional capaz de promover saúde.

-Propor uma estratégia para inserção do Método Clínico Centrado na Pessoa na educação médica.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco:

- De acordo com os pesquisadores existe o risco constrangimento ao estudante e ao paciente, decorrente da presença de um observador/avaliador. No entanto esta reação é inerente ao ensino médico pois o estudante não pode se responsabilizar legalmente pela consulta.

Benefício:

O estudo pode ser útil como reflexão da situação vivenciada pelos participantes, nos diferentes papéis de estudante, professor e paciente.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de mestrado que apresenta metodologia e objetivos bem definidos. Pesquisa qualitativa, exequível, com financiamento próprio e relevante para o processo ensino-aprendizagem da Medicina por meio do método clínico centrado no paciente visando a promoção da saúde. Apresenta três modelos diferentes de TCLE de acordo com o participante, além de um termo de

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.508.452

consentimento para gravação e filmagem durante a consulta. Preocupa-se em garantir o anonimato dos participantes e a interrupção da filmagem durante o exame físico do paciente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

- Projeto no formato da plataforma Brasil e detalhado corrigidos.
- Carta resposta das pesquisadoras às recomendações sugeridas na 1ª submissão.
- Cronograma corrigido.
- TCLE: para o professor, aluno e paciente corrigido.
- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela pesquisadora responsável e diretor da Faculdade de Medicina/UFMG.
- Parecer consubstanciado com anuência do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina/UFMG.

**Recomendações:**

Todas as recomendações sugeridas no 1º parecer foram atendidas. Ressalta-se contudo, que caso o TCLE ultrapasse mais de uma folha, deve-se garantir a rubrica tanto das pesquisadoras como do participante na folha anterior a das assinaturas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, SMJ, pela aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_678498.pdf	17/04/2016 16:48:57		Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.508.452

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocorrigido.pdf	17/04/2016 16:47:43	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronogramacorrigido.docx	17/04/2016 16:45:15	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEscorrigidos.docx	17/04/2016 16:44:30	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Outros	Cartaresposta.docx	17/04/2016 16:43:25	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/03/2016 19:29:20	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Outros	PARECERCLM.pdf	21/03/2016 19:27:53	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/03/2016 19:24:17	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	21/03/2016 19:22:47	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Abril de 2016

Assinado por:

**Telma Campos Medeiros Lorentz**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO D

### Versão brasileira do modelo de registro de Donnelly para o atendimento clínico centrado na pessoa

#### I. O Perfil da pessoa

Apresentação do paciente como um ser humano: Senhor, Senhora, Senhorita, Pastor, Padre, etc., utilizando o nome completo (acrescendo a soletração se necessário e a forma de tratamento que o paciente prefere). Inclui a idade (ou data de nascimento); breve descrição da situação domiciliar e familiar atual; profissão, interesses especiais, etc. Deve ser atualizado periodicamente, nos registros de retornos, localizando-se antes da lista de problemas.

#### II. Principais Preocupações

“Preocupação” é mais abrangente e menos ambíguo que “queixa”. Utilizar as próprias palavras do paciente. Evitar o vocabulário biomédico, utilizar apenas se o paciente o utilizar.

#### III. História da doença Atual

Descrever a enfermidade, invalidez e cuidados médicos prévios mediante as perspectivas convencional, biomédica e do paciente, como delineadas a seguir. As perspectivas do paciente poderão vir em primeiro lugar. Evitar expressões que de forma não reflexiva e repetidamente gerem dúvidas à credibilidade do relato do paciente (Ex: “O paciente ‘nega’ ou ‘alega’”).

- Perspectiva biomédica ou biológica (a “doença”)

1. Relato cronológico do início e evolução dos sintomas da doença ou da incapacidade, incluindo localização, qualidade, intensidade, cronologia, cenário, fatores agravantes ou atenuantes, sintomas associados e pontos pertinentes positivos e negativos.

2. Informação sobre diagnósticos prévios, tratamento e evolução da “doença”.

- Perspectiva do paciente (o “sofrimento”)

1. Entendimento do paciente sobre a doença ou incapacidade (causas, diagnóstico, prognóstico e tratamento).

2. Impacto da doença ou da incapacidade ou do atendimento médico sobre a vida do paciente, seu trabalho e suas relações. Em o sofrimento físico, mental e emocional. Ex: a experiência específica do paciente com a perda de independência para a realização de atividades da vida diária, dor, preocupação e medo.

3. Os objetivos do paciente em relação a sua saúde.

4. As expectativas do paciente em relação ao atendimento médico.

5. Se apropriado, as preferências do paciente em relação aos cuidados ao final da vida (ou em situação terminal), além de disponibilizar um documento que ateste sobre a sua decisão.

#### IV. Avaliação e Plano

“Perspectivas do paciente” clinicamente significativas (Ex: entendimento ruim de sua condição clínica, medo ou preocupação importante, expectativa não realista sobre o atendimento médico) identificadas na HDA ou posteriormente, ao longo da assistência médica, devem ser registradas por escrito nessa avaliação e deve-se elaborar um plano equivalente ao que normalmente é feito para problemas biomédicos. Para ambos os

problemas, os biomédicos e os temas relativos às perspectivas do paciente, usar o formato: História, Observações, Avaliação e Planejamento (HOAP).

Evitar o formato: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Planejamento (SOAP), por considerar as informações ou o conhecimento do paciente como “subjetivo” (não confiável) e o conhecimento do médico como “objetivo” (indiscutivelmente factual). Pode ser uma forma perigosa e imprecisa.

#### **V. Lista de Problemas**

Assim como no Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP), manter uma lista atualizada dos principais problemas médicos inativos e ativos, mas também listar as “perspectivas do paciente” (Ex: preferências relativas ao cuidado no final da vida). Localização no atendimento de retorno: no início do atendimento, após a Introdução (Perfil do Paciente), próximo à lista com todos os medicamentos atuais, inclusive os utilizados sem receita médica.

#### **VI. Notas sobre Evolução**

Continuar utilizando História, Observações, Avaliação e Planejamento (HOAP). Colocar as informações originais do paciente ou de seus familiares como: “História” ou como “Perspectiva do paciente (ou da família)”.

#### **VII. Notas sobre o atendimento em serviços de ensino**

Registrar a perspectiva do paciente, no primeiro atendimento, e continuar a fazê-lo nos retornos, quando apropriado.

#### **VIII. Sumário de Alta Hospitalar**

Inclua um sumário do atendimento profissional realizado ao paciente e a perspectiva do paciente. Anotar preocupações atuais, medos e esperanças que precisarão ser considerados durante o atendimento ambulatorial do paciente